

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA NÁRODOHOSPODÁŘSKÁ

Návrh opatření vedoucích ke snížení deficitu veřejného zdravotního pojištění

The Proposal of Measures to Reduction of the Deficit of the Public Health
Insurance

Student: Bc. Tereza Ptáčková
Vedoucí diplomové práce: Ing. Milan Kaštan

Ostrava 2014

VŠB - Technická univerzita Ostrava
Ekonomická fakulta
Katedra národohospodářská

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Tereza Ptáčková**
Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor: 6202T027 Národní hospodářství
Specializace: 00 Národní hospodářství
Téma: **Návrh opatření vedoucích ke snížení deficitu veřejného zdravotního pojištění**
The Proposal of Measures to Reduction of the Deficit of the Public Health Insurance

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Teoretická východiska ekonomiky zdravotnictví
 3. Struktura financování zdravotní péče v České republice
 4. Návrh možných opatření vedoucích ke snížení deficitu veřejného zdravotního pojištění
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratk
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce
Seznam příloh
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.
FOLLAND, Sherman, Allen C. GOODMAN and Miron STANO. *The Economics of Health and Health Care*. 7th ed. Harlow: Pearson Education, 2013. ISBN 978-1-292-02051-8.

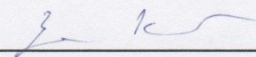
Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

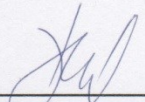
Vedoucí diplomové práce: **Ing. Milan Kaštan**

Datum zadání: 22.11.2013

Datum odevzdání: 25.04.2014



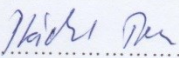

doc. Ing. Zuzana Kučerová, Ph.D.
vedoucí katedry


prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

Prohlášení o samostatném vypracování diplomové práce

Prohlašuji, že jsem celou práci včetně všech příloh, vypracovala samostatně.

V Ostravě dne 25. 4. 2014

.....

Bc. Tereza Ptáčková

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce Ing. Milanu Kaštanovi, za jeho odborné vedení, ochotu a inspiraci, kterými přispěl k vypracování této diplomové práce.

Obsah

1	Úvod.....	5
2	Teoretická východiska ekonomiky zdravotnictví.....	7
2.1	Zdravotní politika	7
2.2	Subjekty systému zdravotnictví	9
2.3	Financování zdravotní péče – zdravotnické systémy.....	9
2.3.1	Tržní model zdravotnictví.....	11
2.3.2	Národní zdravotní pojištění.....	12
2.3.3	Národní zdravotní služba	13
2.4	Přístupy světových organizací ke klasifikaci financování zdravotní péče.....	14
2.5	Veřejné zdravotní pojištění	15
2.5.1	Deficit ve zdravotním pojištění.....	16
2.6	Systém zdravotních účtů	18
2.6.1	Zdroj financování (ICHA – HF)	19
2.6.2	Typ poskytovatele (ICHA – HP)	20
2.6.3	Druh poskytované zdravotní péče (ICHA – HC).....	21
2.7	Dílčí shrnutí kapitoly	21
3	Struktura financování zdravotní péče v České republice.....	23
3.1	Legislativní rámec systému veřejného zdravotního pojištění.....	23
3.2	Zdravotní pojišťovny působící na území České republiky	24
3.3	Hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění	27
3.3.1	Výdaje na zdravotnictví dle zdroje financování	29
3.3.2	Příjmy systému veřejného zdravotního pojištění	34
3.4	Dílčí shrnutí kapitoly	38
4	Návrh možných opatření vedoucích ke snížení deficitu veřejného zdravotního pojištění.....	40
4.1	Souhrn možných opatření ke snížení deficitu ve veřejném zdravotním pojištění.....	40
4.2	Možnosti navýšení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění.....	41
4.2.1	Navýšení pojistného pro plátce veřejného zdravotního pojištění	42
4.3	Dopady změny nezaměstnanosti na příjmy systému zdravotního pojištění ...	45
4.3.1	Vstupní data	46
4.3.2	Odhad modelu	49

4.4	Dílčí shrnutí	52
5	Závěr.....	54
	Seznam použité literatury	58
	Seznam zkratk	65
	Prohlášení o využití výsledků diplomové práce	66
	Seznam příloh.....	67

1 Úvod

Právo na zdraví a jeho ochranu je zařazeno mezi základní lidská práva a je garantováno státem. Zdraví populace je považováno za zdroj společenského růstu země, soukromé i veřejné investice do zdraví rovněž přispívají k ekonomickému růstu. Zdravotnictví patří mezi významné sektory národního hospodářství, kde stále roste podíl výdajů i produkce na HDP.

Všechny vyspělé země se snaží o zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Nízká porodnost, rostoucí životní úroveň a prodlužování délky života patří mezi důvody stárnutí populace. Proto jsou na místě otázky, jak zajistit potřebné zdroje pro financování zdravotnictví a jak je využít, tak aby byl systém zdravotnictví spravedlivý a zároveň efektivní. Potřebu reformy ve zdravotnictví vyvolávají zejména rychlé technologické změny, které jsou neúměrné k možnostem jejich financování, rostoucí očekávání pacientů a již zmíněné stárnutí populace.

Žádný stát v současné době není schopen zabezpečit takovou zdravotní péči, u které by občané měli přístup ke všemu, co moderní medicína umožňuje. Je potřeba nalézt systém financování, který by byl efektivní a zároveň dlouhodobě udržitelný, tak aby se příjmy systému rovnaly jeho výdajům. Otázka udržitelnosti financování systému zdravotnictví je aktuální ve většině vyspělých zemí světa, tudíž deficit v systému veřejného zdravotního pojištění představuje v současnosti velmi naléhavé a diskutované hospodářskopolitické téma i pro Českou republiku.

Cílem této diplomové práce je zhodnotit financování systému veřejného zdravotního pojištění v České republice a navrhnout možná opatření ke snížení či zamezení zvyšování deficitu systému veřejného zdravotního pojištění.

Za účelem dosažení cíle práce jsou použity zejména tyto metody. Ve druhé kapitole převládá metoda deskripce ekonomiky zdravotnictví se zaměřením na financování zdravotní péče. Ve třetí kapitole je rovněž použita metoda deskripce a také komparace současného stavu systému veřejného zdravotního pojištění v České republice, ve čtvrté kapitole je stěžejní metodou regresní analýza, která je realizována pomocí metody nejmenších čtverců.

Práce sestává z tří hlavních kapitol. První kapitola pokládá teoretický základ pro celou práci, jsou zde objasněna teoretická východiska ekonomiky zdravotnictví a pojmy s ní spojené, subjekty, jež se nachází v systému financování zdravotní péče. Jsou zde uvedeny přístupy jednotlivých světových organizací k financování zdravotní péče a definovány tři hlavní modely financování zdravotní péče, v rámci kterých existují různé možnosti uspořádání systému zdravotnictví. V závěru kapitoly je detailněji popsáno veřejné zdravotní pojištění a deficit, jež se může v tomto systému tvořit.

Druhá kapitola, jak již název napovídá, se konkrétně věnuje zdravotnímu systému v České republice. Kapitola podává ucelený pohled na české zdravotnictví. Je zde popsáno, jak funguje systém veřejného zdravotního pojištění, kdo jsou plátcí a v jaké výši platí pojistné, také v jakém stavu z pohledu hospodaření s finančními prostředky se systém veřejného zdravotního pojištění nachází v současné době. Jsou zde rovněž zmíněny silné a slabé stránky českého zdravotnictví. Je provedena analýza výdajů na zdravotnictví, zejména z hlediska financování a také analýza příjmů do systému veřejného zdravotního pojištění.

Poslední kapitola se věnuje doporučením tvůrcům hospodářské politiky. Z důvodu lepší uchopitelnosti v rámci dosažených teoretických poznatků v druhé kapitole se poslední kapitola zabývá příjmy systému veřejného zdravotního pojištění. Pro hlubší vniknutí do podstaty sledovaných jevů a ověření statistických závislosti příjmů zdravotního pojištění je použito regresní analýzy, pomocí metody nejmenších čtverců. Jsou zde vysvětlovány příjmy systému veřejného zdravotního pojištění a to pomocí registrované míry nezaměstnanosti a průměrné hrubé nominální měsíční mzdy. Na základě výsledků modelů jsou pak vypočteny možné dopady na financování systému veřejného zdravotního pojištění.

2 Teoretická východiska ekonomiky zdravotnictví

Ekonomika zdravotnictví určuje charakteristiky trhu se zdravotnickou péčí a rovněž definuje selhání, ke kterým na tomto trhu dochází. V každé zemi je ekonomika zdravotnictví realizována jinak, ale zájmem státu na zdraví obyvatelstva je stavěna do pozice důležité součásti hospodářské politiky. Role státu je rovněž v rámci jednotlivých zemí různá, závisí na systému zdravotní péče, který je v dané zemi uplatňován, ale obvykle je státem stanovován právní rámec, a zároveň jsou skrze přerozdělovací procesy odstraňovány negativní sociální dopady tržního rozdělení. (Barták, 2010). Tato kapitola je věnována hlavním pojmům ekonomiky zdravotnictví.

Barták (2010) vymezuje hlavní rozdíl mezi pojmy ekonomika zdravotnictví a ekonomika zdraví, spočívá v tom, že pojem ekonomika zdraví je vymezen širěji (zahrnuje celou řadu činností, kterými je ovlivněno zdraví, např. zdravý životní styl, bydlení, vzdělání, rodinný stav), kdežto ekonomika zdravotnictví se zabývá ekonomickými veličinami, zdravotnickým systémem, službami, poskytovateli zdravotní péče atd.

2.1 Zdravotní politika

Stále se zvyšující tempo růstu sociálních výdajů, které nekoresponduje s ekonomickými možnostmi zemí, je důvodem pro vznik mnoha postojů k pojetí zdravotní politiky, proto nelze nalézt univerzální definici pro zdravotní politiku (Krebs, 2010). Obsah zdravotní politiky se mění na základě názoru na podstatu a funkce státu ve společnosti (Durdisová, 2005a).

Krebs (2010, s. 336) definuje státní zdravotní politiku obecně jako „*cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva*“. S touto definicí souvisí i cíle státu v oblasti zdravotní politiky. Primárním cílem je tedy zdravotní stav obyvatelstva (uchování a zlepšení zdravotního stavu) a sekundárním cílem je efektivní alokace zdrojů - kvalifikovaná pracovní síla, rozvoj zdravotnictví, technologie atd. (Durdisová, 2005a).

Na trhu zdravotní péče existuje mnoho faktorů, které ovlivňují funkce tržního mechanismu, neregulovaný trh péče o zdraví je ve většině států těžce přijatelný

(Barták, 2010). Na trhu dochází k tržnímu selhání, v důsledku toho nedochází k efektivní alokaci zdrojů a jsou zapotřebí státní intervence.

Folland, Goodman a Stano (2013) uvádějí tři zdroje selhání trhu péče o zdraví a to monopolní sílu, kdy jako příklad uvádějí nemocniční služby na trzích, kde je pouze několik málo nemocnic nebo farmaceutické výrobky, které jsou chráněny patenty, dále jsou to veřejné statky, které na první pohled sice nesplňují základní charakteristiky veřejných statků (zdravotní služby poskytované pro jednu osobu nejsou současně spotřebovávány jinými osobami a také osoby, jež neplatí, je možné vyloučit ze spotřeby), ale i přes to je teorie veřejných statků důležitá pro některé otázky zdravotní péče, zejména v oblasti státních zásahů, které jsou spojeny s redistribucí a solidaritou v rámci poskytování zdravotní péče a nakonec externality, kdy jde především o preventivní a vakcinační akce (očkování proti přenosným nemocem), které mají podobu pozitivních externalit nebo naopak negativních externalit v případě nakažlivých nemocí (epidemie, chřipky), které si vynucují státní zásahy.

Krebs (2010) uvádí zejména tyto důvody pro zásah státu na trhu zdravotní péče:

- informační převaha poskytovatele zdravotní péče nad pacientem,
- nedokonalá konkurence na trhu zdravotních služeb,
- zdravotnické služby jsou smíšené kolektivní statky,
- některé zdravotnické služby jsou tzv. statky pod ochranou¹,
- externality vyplývající ze spotřeby zdravotnických tržeb.

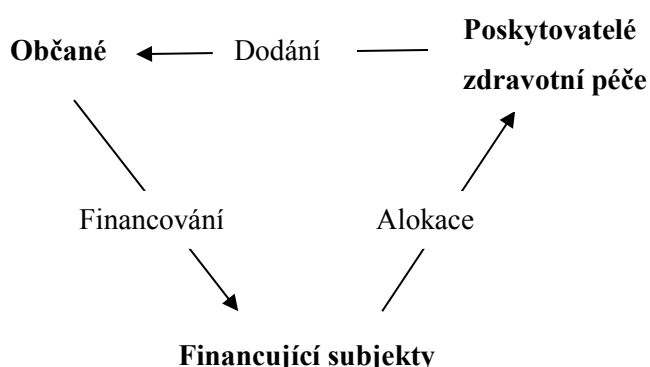
Regulace ze strany státu je tradičně popisována jako proces, kde je optimální politika zdraví určena a stanovena vševědoucím regulátorem (vládou daného státu), ale alternativní teorie tyto regulace označují za výsledky politických procesů, to znamená, že konkrétní struktura zdravotnického systému odráží preference neboli názory voličů, tedy příjemců zdravotní péče (Folland, Goodman a Stano, 2013).

¹ Statky pod ochranou nebo také poručníkové statky – jejich spotřeba je přikázána státem (např. v podobě zákona), protože se považuje za užitečné, aby tyto statky spotřebovávali všichni, jde např. o povinnou školní docházku, očkování apod. (Jurečka, 2010).

2.2 Subjekty systému zdravotnictví

Ve zdravotnictví vyspělých zemí vystupují tři základní subjekty (viz obr. 2.1), původně to byly subjekty dva a to poskytovatel zdravotní péče a pacient². Později do tohoto vztahu vstoupily financující subjekty (státní rozpočet a pojistné fondy), které zavedly centralizaci zdrojů a solidaritu v poskytování zdravotní péče, tyto tři základní subjekty se pohybují v rámci daném vládní politikou a zdravotnickou legislativou (Háva, 2001). Krebs (2010) uvádí, že hlavní subjekt zdravotní politiky je stát a jeho úloha spočívá ve vytváření prostředí, kde se kritériální funkce zdraví prosazuje do lidských činností. Do tvorby zdravotní politiky zasahují též politické strany, lobbistické a zájmové skupiny jak z domácí tak zahraniční podnikatelské oblasti.

Obrázek 2.1 Trojúhelník zdravotní péče



Zdroj: WHO (2002), vlastní zpracování

2.3 Financování zdravotní péče – zdravotnické systémy

Zdraví je důležité pro blahobyt každého jedince a skrze to přináší ekonomické výhody zemím, jež jsou pak ekonomicky více produktivní. Proto se státy snaží zajistit univerzální přístup k financování zdravotní péče, k němuž je zapotřebí poskytnutí dostatečných finančních zdrojů. Schopnost země zajistit tyto potřebné finanční zdroje závisí na třech hlavních faktorech, a sice dostupnosti financí, která je dána úrovní národního důchodu per capita, dále úrovní politického a veřejného závazku ke zdraví (ochota vlády investovat do zdraví v porovnání s ostatními rezorty, ochota obyvatel

² Do konce 19. století byl vztah mezi poskytovatelem (lékařem) a pacientem přímý, to znamená, že lékař žádal od pacienta úhradu za poskytnutou zdravotní péči přímo (Durdisová, 2005a)

platit za udržování svého zdraví) a také na solidaritě bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se staršími, jedinců s rodinami atd. (Barták, 2012).

Dle Maaytové (2012) objem finančních prostředků vynaložených na zdravotnictví nezaručuje rovnou existenci lepšího zdravotního stavu, takže neplatí kauzalita, čím více finančních prostředků, tím lepší zdravotní stav obyvatelstva.

Univerzální přístup k financování zdravotní péče by měl dle členských států WHO zajistit, aby všichni lidé měli přístup k potřebným zdravotnickým službám, aniž by trpěli finančními potížemi při platbě za tyto služby. Mezi základní lidská práva patří dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví, která je zakotvena i v Ústavě WHO (WHO, 2010).

Vymezení zdravotního systému ovlivňuje mnoho aspektů, a sice historické, regionální a v neposlední řadě také společensko–ekonomické, Krebs (2010, s. 342) definuje zdravotnický systém jako *„organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče“*.

Nejčastější způsob pro určení typu zdravotnického systému je dle kritéria převažujícího zdroje financování (Durdisová, 2005a), základem je otázka, jak vytvořit, alokovat a spotřebovat finanční prostředky (Barták, 2010).

Existuje tedy několik hlavních modelů financování zdravotní péče, které se liší zejména ve způsobu výběru prostředků, nákupu a poskytování zdravotních služeb. V rámci jednotlivých zemí je vždy dominantní jeden způsob financování, který je doplněn o další způsoby, např. v systému veřejného zdravotního pojištění je možné uzavřít doplňkové soukromé pojištění (Durdisová, 2005a), zejména z dlouhodobého hlediska je zapotřebí hledat dodatečné finanční zdroje a to z díky rychlému technologickému vývoji (Barták, 2010).

Folland, Goodman a Stano (2013) uvádí tyto modely zdravotnických systémů:

- tržní zdravotnictví,
- národní zdravotní pojištění – model na Bismarckovských principech³,
- národní zdravotní služba – model na Beveridgeovských principech⁴.

³ Otto von Bismarck byl významný německý politik 19. století.

Fungování těchto tří zásadních modelů financování zdravotnictví je podrobněji popsáno v následujících subkapitolách 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3. Barták (2010) navíc uvádí systém přímých úhrad, který lze zařadit do modelu tržního zdravotnictví viz kap 2.3.1.

U všech uvedených typů zdravotnických systému zasahuje stát, žádný model není absolutně spravedlivý, ale každý model se snaží o jakousi regulaci poptávky, zatím nebyl nalezen ideální model financování zdravotní péče (Dolanský, 2008).

2.3.1 Tržní model zdravotnictví

U modelu tržního zdravotnictví platí princip volného trhu a zdravotní péče je chápána jako zboží, které má svou tržní cenu. Stát negarantuje zdravotní péči, na každém jedinci je, jakého si zvolí lékaře, zdravotní zařízení či pojišťovnu, záleží na individuální odpovědnosti občanů (Šatera, 2012).

Nemocniční i lékařskou péči zajišťují soukromá zařízení jak ziskového tak neziskového charakteru. Zdravotní pojištění je dobrovolné, úhrada zdravotní péče je hrazena ze soukromých zdrojů skrze komerční zdravotní pojišťovny nebo přímou úhradou (Durdisová, 2005a).

Historicky nejstarší model je systém přímých úhrad, kdy pacient platí poskytovateli přímo finančními prostředky nebo také pomocí naturálií či protislužby. V současné době je tento systém stále používán v méně rozvinutých státech. Záporům tohoto modelu financování je neschopnost pacienta uhradit jinou než základní péči (Barták, 2010).

V případě tržního zdravotnictví nejsou nabídka a ceny zdravotnických služeb kontrolovány státem, na trhu existuje volná konkurence pojišťoven, plátců a poskytovatelů zdravotní péče. Stát vstupuje do vztahu poskytovatel a pacient pouze tehdy, když řeší problém přístupu ke zdravotní péči v případě určitých sociálních skupin obyvatelstva (Durdisová, 2005a).

Pojišťovny nemají povinnost žadatele pojistit. Výše soukromého zdravotního pojištění je určena pojišťovnou a je založena na výpočtu zdravotních rizik, důkladném posouzení zdravotního stavu a naděje na dožití pacienta. Pro nemocné žadatele tudíž

⁴ William Henry Beveridge byl britský ekonom a politik, jehož jméno je spojeno se vznikem sociálního státu ve velké Británii.

existuje možnost, že vypočítané pojistné je nepřiměřeně vysoké a nemůže si jej dovolit nebo jej pojišťovna odmítne pojistit (Barták, 2010).

Problém je tedy existence nepojištěných či nepojistitelných osob. U tohoto modelu je typická vysoká nerovnost ve zdravotní péči, omezená finanční dostupnost pro nemajetné občany, vysoká nákladovost (nemoc je brána jako vážné ekonomické ohrožení), nedostatečné kontrolní mechanismy, vysoký podíl nákladů na administrativu systému (Dolanský, 2008).

Mezi pozitivní stránky modelu tržního zdravotnictví lze zařadit vysoce kvalitní zdravotní péče, minimální nepoměr mezi tzv. ideální a dostupnou medicínou, rozvoj nových technologií, financování vědy a výzkumu a následná rychlá aplikace do praktické medicíny (Durdisová, 2005a; Barták, 2010). Mezi další přednosti modelu patří velká nabídka kvalitních zdravotnických služeb, což podporuje vysokou soutěživost mezi poskytovateli zdravotní péče (Dolanský, 2008). Tento model byl do roku 2013 uplatňován v USA a do roku 1996 ve Švýcarsku.

2.3.2 Národní zdravotní pojištění

Model financování zdravotní péče skrze státem organizované pojištění je historicky první snaha státu vyřešit otázku jak financovat garantovanou zdravotní péči o populaci. Charakteristiky tohoto modelu jsou v jednotlivých státech stejné, ale i přesto se systémy liší ve své účinnosti a funkčnosti, což lze přisoudit tradicím, stabilizaci systému a zvláště legislativou (Durdisová, 2005a).

Dolanský (2008) tvrdí, že „základním principem tohoto modelu zdravotnického systému je existence více zdravotních pojišťoven, kombinace podílu na trhu a veřejného dohledu“. Model je založen na všeobecném zdravotním pojištění, které je povinné pro obyvatele daného státu, a také na solidárním přerozdělení prostředků mezi různé skupiny obyvatel a zdravotní pojišťovny (občan platí v závislosti na svých příjmech a dostává zdravotní péči dle svých potřeb – princip solidarity). Příspěvky platí zaměstnanci, zaměstnavatelé a za ekonomicky neaktivní obyvatele příspěvky hradí stát. Role státu je v tomto systému důležitá, stát hradí pojištění za nezaměstnané, děti, studenty, důchodce, za státní zaměstnance apod. (Barták, 2010).

Existují státy, které mají pouze jednu zdravotní pojišťovnu, ale zároveň jsou státy, kde existuje zdravotních pojišťoven několik tzv. pluralitní modely. Volba

pojišťovny může být rovněž dána svobodným rozhodnutím pojištěnce nebo může být přidělena dle bydliště, profese apod. Výše pojištění je odvozena od příjmu pojištěnce (je vyměřováno jako procento z příjmu), buď je stanovena jednotná sazba, nebo se liší u jednotlivých pojišťoven. Obvykle je stanoven strop pro odvod zdravotního pojištění (Barták, 2010).

Systém je doplněn o možnost soukromého zdravotního pojištění jako doplňkového a také existuje možnost péče za přímou úhradu. Zároveň je zde uplatňována spoluúčast pacienta (Dolanský, 2008).

Mezi nedostatky modelu je možné zařadit fakt, že část vybraných finančních prostředků je spotřebována na samotnou činnost zdravotních pojišťoven, pojišťovny se mohou dostat do finančních potíží, které jsou řešeny na úkor poskytovatelů zdravotní péče a pojištěnců. Systém se tedy vyznačuje vysokými náklady na administrativu (Dolanský, 2008). Na rozdíl od systému tržního zdravotnictví je v systému veřejného zdravotního pojištění základní zdravotní péče dostupná všem obyvatelům daného státu (Durdisová, 2005a).

2.3.3 Národní zdravotní služba

Tento model lze rozdělit na Semaškův model a Beveridgeův model a to podle toho zda existuje či neexistuje k národní zdravotní službě i soukromý sektor.

Dolanský (2008) uvádí státní model zdravotnictví socialistického typu (tzv. Semaškův model), který byl používán ve státech socialistické soustavy, v současnosti je uplatňován na Kubě. Jde o výhradně státní zdravotnictví (neexistence soukromých zdravotnických služeb), které je centrálně řízené a plánované, jde tedy o opak modelu tržního zdravotnictví. Zdravotní úkony jsou hrazeny ze státního rozpočtu – z daní. Pacienti mají všeobecnou dostupnost zdravotní péče a racionální rozmístění sítě zdravotnických zařízení.

Mezi negativa tohoto modelu lze zařadit nízkou výkonnost systému, nedostatek prostředků, minimální rozvoj technologií, nesoutěživé prostředí mezi poskytovateli zdravotní péče (Šatera, 2012).

Beveridgeův model financování zdravotnictví patří mezi nejvíce demokratizované a socializované systémy vůbec. Představitelem je Národní zdravotní

služba, která vznikla ve Velké Británii a postupně se stala modelem organizace a financování zdravotní péče v mnoha jiných zemích (Barták, 2010).

Stát garantuje bezplatnou zdravotní péči, která je financována ze státního rozpočtu (veřejných rozpočtů) a zdrojem není zdravotní pojištění nýbrž daně, neexistuje fond zdravotního pojištění jako samostatný okruh pro financování. Míra finanční spoluúčasti pacientů je velmi nízká nebo žádná. Platí zde princip solidarity. Existuje i soukromé pojištění a připojištění pro nadstandardní péči, kdy nejde o kvalitnější péči, ale např. o krátké čekací lhůty či lepší vybavení zdravotnického zařízení. Tento systém vládě umožňuje regulovat a kontrolovat efektivnost využití disponibilních finančních zdrojů (Durdisová, 2005a).

Mezi negativa tohoto modelu Dolanský (2008) zařadil nedostatečnou motivaci obyvatel pečovat o své zdraví, a v případě ekonomické recese nedostatek zdrojů pro rozvoj, finanční zdroje jsou omezeny v závislosti na daňovém výnosu, naopak mezi přednosti tohoto modelu patří přiměřené náklady péče, podpora nových technologií.

2.4 Přístupy světových organizací ke klasifikaci financování zdravotní péče

Přístupy jednotlivých organizací ke klasifikaci financování zdravotní péče jsou různé. Světová banka (WB, 2014) zmiňuje tyto systémy financování:

- všeobecné příjmy,
- sociální zdravotní pojištění,
- soukromé zdravotní pojištění,
- komunitní financování,
- Out-of-Pocket financování a uživatelské poplatky,
- vnější pomoc.

OECD (2004) uvádí, že ačkoliv v zemích existují značné rozdíly ve financování zdravotní péče, mohou být systémy financování klasifikovány v souladu s jedním ze tří níže uvedených přístupů, s tím že prvky jednotlivých přístupů se mohou objevit ve většině zemí, ale vždy je jedna forma dominantní. OECD (2004) definuje tyto systémy:

- veřejně integrované modely,

- model veřejných kontraktů,
- model soukromých pojišťoven.

Dle WHO (2000) jsou rozlišeny následující systémy financování:

- založené na výnosech z daní,
- prostřednictvím veřejného pojištění,
- prostřednictvím soukromého pojištění,
- prostřednictvím komunitního pojištění,
- prostřednictvím spořicíh účtů,
- prostřednictvím experimentálních přístupů.

Výše zmíněné světové organizace mají odlišné přístupy k financování zdravotní péče, ale v zásadě jde spíše o více či méně detailní rozdělení základních modelů tržního zdravotnictví. V rámci každé organizace lze nalézt základní rozdělení založené na veřejných příjmech (daně), veřejném zdravotním pojištění a soukromém pojištění, přičemž jsou tyto systémy dále doplněny o další, ne tak zásadní a rozšířené, možnosti financování (komunitní pojištění, uživatelské poplatky apod.).

2.5 Veřejné zdravotní pojištění

Zdroje financování zdravotní péče lze tedy rozdělit na veřejné a soukromé (Krebs, 2010). Pro přehlednost jsou v tabulce 2.1 popsány hlavní rozdíly mezi veřejným a komerčním pojištěním.

V rámci systému veřejného zdravotního pojištění bývá jasně nastavena role státu a veřejných institucí s cílem všeobecné dostupnosti zdravotní péče, kdy zodpovědnost za tuto dostupnost a kvalitu zdravotní péče pro obyvatele přebírá stát. V rámci sociální solidarity přibližně 10 % pacientů spotřebuje finanční prostředky na svoji léčbu přijaté od 75 % účastníků systému (Šatera, 2012).

Tabulka 2.1 Srovnání veřejného a komerčního zdravotního pojištění

Kritérium	Veřejné zdravotní pojištění	Komerční zdravotní pojištění
Stanovení pojistného	jako procento z příjmu pojištěnce	na základě rizika klienta (zdravotní stav, bonita) a rozsahu pojistného plnění sjednaného ve smlouvě
Vývoj pojistného výše	má vazbu na národohospodářské veličiny, zejména vývoj mezd a platů	souvisí s riziky populace, ochotou klientů se pojišťovat
Rozsah plnění	Hradí péči, která je vymezena v zákoně, pro všechny pojištěnce jednotně	Hradí péči, která je upravena v pojistné smlouvě, individuálně pro klienta
Účast na pojištění	Pojistné je povinné pro všechny osoby vymezené v zákoně	Existence pojištění je výsledkem dobrovolné interakce obou smluvních stran, neexistuje povinnost být pojištěn
Stanovení spoluúčasti	Spoluúčast je stanovena na základě sociálně-ekonomických kritérií	Spoluúčast je stanovena individuálně v parametrech pojistné smlouvy

Zdroj: Krebs (2010), vlastní zpracování

2.5.1 Deficit ve zdravotním pojištění

Všechny finanční systémy ve zdravotnictví, bez ohledu na jejich strukturu, mohou být reprezentovány vztahem upraveným ze základního vztahu příjmů a výdajů v národním účetnictví. Celková částka získána na úhradu zdravotní péče pro obyvatelstvo (příjmy systému zdravotnictví), prostřednictvím jakýchkoliv kanálů, se musí přesně rovnat celkové částce vynaložené na zdravotní péči pro obyvatelstvo (výdaje systému zdravotnictví), ta se zase musí rovnat celkové výši vydělaných příjmů v různých formách (příjmy poskytovatelů zdravotnických služeb) od těch, kteří platí za poskytování péče. Tato totožnost výdajů a příjmů není teorií, ale logickou nutností, a je základem pro pochopení účinků všech systémů financování (WHO, 2002).

WHO (2002) uvádí obecnou rovnici financování zdravotnictví Roberta G. Evanse⁵, vyjadřuje výše popsanou situaci, nepředpokládá ale existenci deficitu:

$$TF + SI + UC + PI = P \cdot Q = W \cdot Z, \text{ kde} \quad (2.1)$$

TF= příjmy (daně) získané k financování zdravotnictví

SI= příjmy získané ze sociálního pojištění

UC= příjmy z přímých plateb nebo poplatků od spotřebitelů zdravotní péče

PI= příjmy ze soukromého zdravotního pojištění

P= cena za zdravotnické služby

Q= množství poskytnutých zdravotnických služeb

W= množství a kombinace různých typů zdrojů využívaných při poskytování zdravotní péče

Z= sazby za úhrady těchto zdrojů (vstupů)

První část rovnice 2.1 (TF+SI+UC+PI) představuje celkové příjmy zdravotnictví, které mohou plynout z více zdrojů, u každé země je kombinace těchto zdrojů různá, v závislosti na typu systému financování zdravotnictví, který daná země má (některé zdroje mohou být např. zcela vynechány). V druhé části rovnice 2.1 (P·Q) je reprezentována výdajová stránka, konkrétně celková částka finančních prostředků vydaných na spotřebu zdravotnických služeb. Poslední část rovnice 2.1 pouze upřesňuje konečné příjemce finančních prostředků (P·Q), kterými jsou poskytovatelé zdravotnických služeb a zboží (WHO, 2002).

Z rovnice 2.1 tedy vyplývá, že celkové příjmy systému zdravotnictví jsou rovny celkovým výdajům systému, které jsou zároveň rovny příjmům poskytovatelů zdravotnických služeb. Pokud v systému zdravotnictví výdaje převyšují příjmy, jedná se o deficit, který lze vyjádřit následovně:

$$\dots\dots\dots (TF + SI + UC + PI) < (P \cdot Q) = (W \cdot Z) \dots\dots\dots (2.2)$$

⁵ Profesor Robert G. Evans je mezinárodně uznávaný ekonom v oblasti ekonomiky zdravotnictví (UBC, 2014)

2.6 Systém zdravotních účtů

Podle členění ekonomických sektorů patří zdravotnictví do sektoru služeb, zdravotnictví je rozsáhlou oblastí, která se dotýká každého jednotlivce. Díky obnosům, které jsou do oblasti zdravotnictví směřovány, jak ze soukromých tak z veřejných zdrojů, patří mezi nejdůležitější odvětví ekonomiky (ČSÚ, 2013a).

Chování zdravotnického systému jako celku bylo nejprve sledováno skrze Systém národních účtů (dále jen SNÚ), později byla rozvinuta samostatná metoda Národních účtů zdraví (dále jen NHA), která však vychází z metodologie SNÚ (Bodláková, 2002).

Pro potřebu mezinárodního srovnání informací z oblasti zdravotnictví byly OECD v roce 1997 sestrojeny komplexní zdravotnické účty Systém zdravotnických účtů (dále jen SHA), v rámci kterých je využívána Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (dále jen ICHA) (OECD, 2000). Zdravotnické účty zachycují výdaje na zdravotnictví jak z hlediska zdrojů, tak i jejich užití. SHA slouží k vyjádření výdajů na zdravotní péči, kde hlavním rysem je členění výdajů dle několika rozměrů (ČSÚ, 2013a).

Česká republika jako členská země OECD poskytuje statistické údaje o činnosti zdravotnického sektoru v souladu s touto metodikou, statistikou je pověřen Český statistický úřad (dále jen ČSÚ) společně s Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen ÚZIS ČR).

OECD (2000) uvádí členění klasifikace zdravotnických účtů následovně:

- 1) druhu poskytované zdravotní péče (ICHA – HC),
- 2) typu poskytovatele (ICHA – HP),
- 3) zdroje financování (ICHA – HF).

Tyto tři rozměry lze kombinovat do tabulek zdravotnických výdajů (vícerozměrné členění), ve kterých jsou výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a zdroje financování (HC x HF), výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a typu poskytovatele (HC x HP) a výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele a zdroje financování (HP x HF). Toto vícerozměrné členění poskytuje propracovaný a detailní obraz na zdravotnické výdaje, avšak je také mnohem náročnější na získání

a zpracování potřebných dat. Jako komplikaci lze označit i mezinárodní klasifikaci ICHA, jejíž členění neodpovídá vymezení zdravotní péče či zdravotnických zařízení v zdravotnické praxi v České republice (výdaje na zdravotnictví jsou pojímány mnohem komplexněji, než je tomu v České republice zvykem), v současné době jsou pro Českou republiku dle mezinárodní klasifikace ICHA zpracována data za roky 2000 - 2011 (ČSÚ, 2013a).

2.6.1 Zdroj financování (ICHA – HF)

Zdroj financování (ICHA – HF) patří hlavní rozměry zdravotnických účtů. Jak již bylo zmíněno, země se liší v zastoupení jednotlivých složek financování a to z toho důvodu, že mají odlišné typy zdravotnických systémů (OECD, 2000). Financování zdravotní péče ICHA – HF má tři úrovně a to vládní instituce, soukromý sektor a ostatní svět, podrobněji viz příloha č. 2.

Položka vládní instituce (kód 1) zahrnuje všechny institucionální jednotky z centrální (státní) nebo místní (města, obce, kraje) správy, a také fondy sociálního zabezpečení na všech úrovních státní správy. Zahrnuty jsou i netržní neziskové instituce, které jsou kontrolovány a převážně financovány vládními jednotkami. Mezi zdroje soukromého sektoru jsou zařazeny všechny rezidentské institucionální jednotky, které nepatří do sektoru vládních institucí. Položka ostatní svět zahrnuje institucionální jednotky, které mají bydliště v zahraničí (nerezidenti) (OECD, 2000).

V České republice mají zásadní postavení zdravotní pojišťovny (kód 1.2). Každá osoba s trvalým pobytem v České republice se musí povinně účastnit veřejného zdravotního pojištění, ze kterého plynou finanční prostředky do zdravotních pojišťoven. Veřejné zdravotní pojištění financuje veškerou zdravotní péči, která je garantována v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Lze konstatovat, že zdravotní pojišťovny pokrývají většinu výdajů na zdravotní péči obyvatelstva, ostatní zdroje financování mají pak doplňkovou funkci, hlavní zásadou je solidarita a rovnost přístupu ke zdravotní péči (ČSÚ, 2013a).

Veřejné rozpočty (kód 1.1) financují zejména specifické činnosti, které nelze hradit z prostředků vybraných na veřejném zdravotním pojištění. Jde např. o výdaje na vědu a výzkum v oblasti zdravotnictví, vzdělávání zdravotnických pracovníků,

činnost hygienických stanic a rovněž výdaje na investiční projekty. Z veřejného rozpočtu je financováno pojistné za veřejné zdravotní pojištění za neproduktivní skupiny obyvatel. Do položky veřejných rozpočtů je rovněž zahrnuto financování provozu institucí státní zdravotní správy, konkrétně Státního zdravotního ústavu, Ministerstva zdravotnictví ČR, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ČSÚ, 2013a).

Přímé výdaje domácnosti (kód 2.3) jsou položkou, která v posledních letech nabývá na významu, patří zde např. platby za léky (jak doplatky, tak platby plných cen), také platby za nadstandardní služby u stomatologů či v nemocnicích, platby za lázně či různá potvrzení a od roku 2008 zde přibýly i regulační poplatky za ošetření u lékařů, za pobyt v nemocnici, za recepty v lékárnách či návštěvu pohotovosti (ČSÚ, 2013a).

Kromě těchto tří klíčových zdrojů financování v České republice existují i další zdroje financování, ale ty mají zanedbatelný význam a tvoří cca 1% celkových výdajů na zdravotnictví, jde např. o cestovní zdravotní připojištění nebo neziskové organizace (ČSÚ, 2013a).

2.6.2 Typ poskytovatele (ICHA – HP)

Klasifikace poskytovatelů zdravotní péče (ICHA-HP) lze dle OECD (2000) rozdělit na nemocnice, zařízení pečovatelské a ústavní péče, samostatná zařízení ambulantní zdravotní péče, lékárny, výdejky a jiné poskytovatele zdravotnického zboží, provádění zdravotnických programů. Klasifikace ICHA komplexně vymezuje pojem zdravotní péče, a proto se zde vyskytují nezdravotnická zařízení jako zdravotní správa a zdravotní pojištění, ostatní odvětví, ostatní svět a neznámí poskytovatele (zde se zařazují výdaje na zdravotnictví u kterých nelze určit konkrétní typ poskytovatele).

ČSÚ (2013a) dělí producenty zdravotní péče na primární a sekundární, kdy primární producenti poskytují služby zdravotní péče (zdravotnická zařízení) a sekundární producenti mají poskytování zdravotní péče jako vedlejší činnost, příkladem může být zařízení sociální péče (hlavní činnost), které rovněž poskytují i služby ošetrovateľské (vedlejší činnost).

2.6.3 Druh poskytované zdravotní péče (ICHA – HC)

Hranice, jež určují vymezení celého předmětu sledování výdajů na zdravotnictví, jsou určeny právě klasifikací druhů zdravotní péče (ICHA-HC). ČSÚ (2013a, s. 6) uvádí definici zdravotní péče v rámci zdravotnických účtů jako „*péči prováděnou akreditovanými institucemi nebo jednotlivci, kteří využívají lékařských, zdravotnických a ošetrovatelských znalostí a technologií*“.

V rámci klasifikace je péče rozdělena na osobní zdravotní péči (jedná se o služby, které jsou poskytovány přímo jednotlivcům) a kolektivní služby zdravotní péče (jedná se např. o prevenci veřejného zdraví). Do osobní zdravotní péče lze zařadit léčebnou péči, rehabilitační péči, dlouhodobou péči, podpůrné služby, léky a prostředky zdravotnické techniky, do kolektivních služeb patří položka prevence, správy a neznámé péče (OECD, 2000).

Zdravotnické účty podávají, díky důslednému oddělování členění výdajů na výše uvedené rozměry, cenný náhled např. na strukturu zdravotní péče poskytovanou jednotlivými typy zdravotnických zařízení a také umožňují porovnávat výdaje na zdravotnictví jednotlivých členských států OECD (Bodláková, 2002).

2.7 Dílčí shrnutí kapitoly

Do oblasti ekonomiky zdravotnictví patří mimo aktivity uskutečňované v rámci zdravotnictví rovněž aktivity ve směru ochrany a podpory zdraví nebo zamezení nemoci. Ekonomika zdravotnictví je součástí sociální politiky. Rozsah efektu zdravotní politiky je určen mnoha faktory, mezi něž patří např. volba financování zdravotních systémů, politické zájmy, zájmy občanů, schopnost společenského systému vytvářet podmínky k efektivní realizaci těchto zájmů. Ve vyspělých zemích systém zdravotní péče reguluje různými způsoby stát, jeho úloha v systému zdravotní péče je odvozena od nedostatečností trhu (Barták, 2010).

Zdravotnictví patří mezi ty oblasti hospodářské politiky státu, které disponují velkými objemy finančních prostředků, ty ale nezaručují lepší charakteristiky zdravotního stavu (Maaytová, 2012).

Základným kritériom kvality zdravotní politiky je zdravotní stav obyvateľstva, zdravotní politika se tedy zaměřuje nikoli jen na zvyšování kvality zdravotní péče, ale také na hledání a nalezení systému, který zajistí efektivní využití potřebných finančních zdrojů, v tomto směru je předpokládána aktivní úloha státu, který poskytuje sociální jistoty a proto hraje roli v zaručení sociálních práv občanů (Krebs, 2010).

3 Struktura financování zdravotní péče v České republice

Tempo růstu sociálních výdajů, mezi které se řadí i výdaje na zdravotní politiku státu se stále zvyšuje a to tak, že předstihuje ekonomické možnosti zemí. Díky tomuto faktu existuje mnoho postojů k budoucnosti zdravotní politiky. Příčin rostoucích nákladů na péči o zdraví je mnoho, patří zde především zvyšování úrovně zdravotní péče, demografický vývoj populace a systém financování zdravotnictví (Krebs, 2010).

V České republice se zdravotnictví transformuje od roku 1990 s cílem zajistit liberální a efektivně fungující systém. Háva (2010) uvádí, že transformace spočívala zejména ve vzniku zdravotního pojištění, vzniku pluralitního systému pojištění, uplatňování spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče, probíhal také značný rozvoj v oblasti soukromých služeb zdravotní péče vedle služeb veřejných. Dostupnost zdravotní péče je v České republice garantována státem, a to díky všeobecnému zdravotnímu pojištění. Úloha státu v oblasti zdravotní péče je významná především v oblasti legislativy, financování a regulace kvality služeb a léčiv či sítě zdravotnických zařízení (Barták, 2010).

Hlavním pilířem financování zdravotní péče v ČR veřejné zdravotní pojištění. Model veřejného zdravotního pojištění byl zaveden 1. ledna 1993 (viz kapitola 2.5). VZP ČR (2014a) definuje zdravotní pojištění jako druh zákonného pojištění, na jehož základě je plně nebo částečně hrazena zdravotní péče poskytnutá pojištěnci. Rozsah poskytované zdravotní péče je dán zákonem č. 48/1997 Sb., v platném znění. Platba za zdravotní péči probíhá na základě smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Zdravotnická zařízení jsou jednak ve vlastnictví státu a krajů, ale také ve vlastnictví fyzických či právnických osob.

3.1 Legislativní rámec systému veřejného zdravotního pojištění

MZČR (2014b) uvádí následující právní normy, kterými je upraven systém zdravotního pojištění v České republice:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění,

- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, v platném znění,
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění,
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění,
- Zákon č. 274/2003 Sb., kterým se mění některé zákony na úseku ochrany veřejného zdraví, v platném znění.

Od 1. května 2004, kdy se Česká republika stala členem Evropské unie, je evropská právní úprava rovněž závazná, konkrétně CMU⁶ (2014a) uvádí:

- Nařízení Rady EHS č. 1408/71 a Nařízení Rady EHS č. 574/72,
- Nařízení EP a Rady EU č. 465/2012, kterým se mění Nařízení 883/2004 a 987/2009,
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 1231/2010, kterým se rozšiřuje osobní rozsah nařízení 883/2004 a 987/2009 na osoby ze třetích států,
- judikatura Evropského soudního dvora v oblasti poskytování zdravotní péče.

3.2 Zdravotní pojišťovny působící na území České republiky

V době, kdy v České republice vznikl systém veřejného zdravotního pojištění, vznikla i Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále VZP ČR) a ostatní zaměstnanecké (oborové) zdravotní pojišťovny, kterých bylo v 90. letech více než dvacet, postupně ale některé zanikly či se sloučily s jinými fungujícími zdravotními pojišťovnami (Šatera, 2012).

V současné době MZČR (2014a) uvádí sedm následujících pojišťoven, jež poskytují zákonné (povinné) pojištění na území České republiky:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP ČR),

⁶ Centrum mezistátních úhrad vzniklo v roce 2001 a je styčným orgánem České republiky pro oblast zdravotní péče. Reprezentuje český systém zdravotní péče ve vztahu k celkem 35 států (CMU, 2014b).

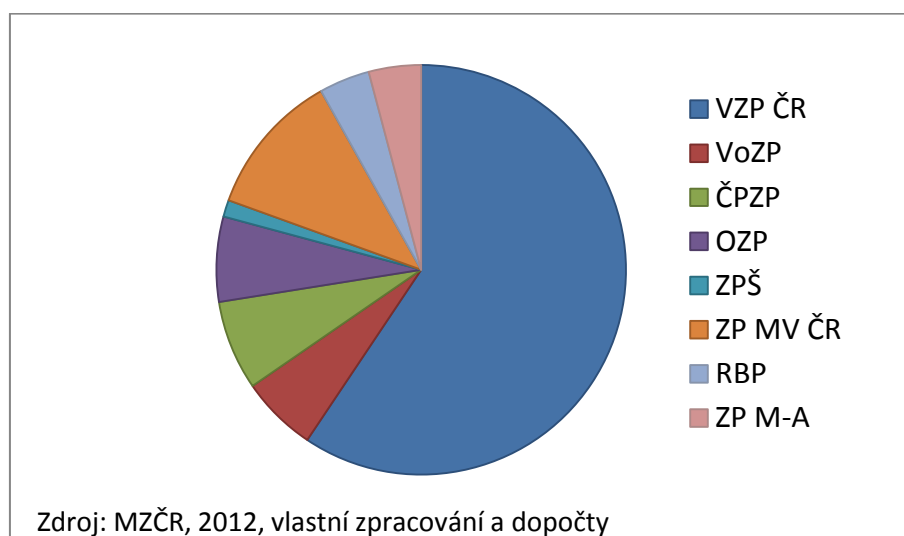
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (VoZP),
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP),
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP),
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ),
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZP MV ČR),
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP).

Zdravotní pojišťovny mají na starost výběr pojistného a organizaci úhrad poskytovatelům zdravotní péče, vyjma těchto funkcí, plní rovněž funkci regulační a kontrolní vůči smluvním zdravotnickým zřízením. Smyslem systému s pluralitou zdravotních pojišťoven je vytvoření konkurenčního prostředí, s cílem zvyšování efektivnosti systému (Durdisová, 2005b).

Durdisová (2005b, s. 178) definuje kontrolní funkci pojišťoven jako „*kontrolu využívání a poskytování péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců*“. Regulační činnost pak spočívá v regulaci počtu a kvalitě poskytovatelů zdravotní péče, a také v regulaci finančních prostředků, které jsou hrazeny poskytovatelům (Durdisová, 2005b).

Na grafu 3.1 lze vidět podíl pojišťoven na celkovém počtu pojištěnců k 1. 1. 2012. Z grafu 3.1 je patrné, že dominantní postavení v počtu pojištěnců zaujímá VZP ČR, konkrétně je to 59,39 %, ostatní pojišťovny zabírají zhruba 40 % trhu, pojišťovna s druhým největším počtem pojištěnců je ZP MV ČR (11,37 %), poté je to ČPZP (7,08 %). Nejmenší počet pojištěnců má ZPŠ (1,32 %).

Graf 3.1 Podíl pojišťoven na celkovém počtu pojištěnců k 1. 1. 2012⁷ (%)



Činnost VZP ČR je upravena Zákonem č. 551/1991 Sb., o VZP ČR, v platném znění, dle tohoto Zákona VZP ČR vykonává činnosti, které jsou ojedinělé v rámci systému veřejného zdravotního pojištění v ČR. Mezi specifické činnosti VZP ČR se řadí vedení Centrálního registru pojištěnců, správa Informačního centra zdravotního pojištění a také správa účtu přerozdělení pojistného.

Vybrané pojistné podléhá přerozdělování, které má vyrovnat rozdíly mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami na straně příjmů od plátců a rovněž na straně nákladů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Přerozdělení udržuje solidaritu zdravých pojištěnců s nemocnými a pojištěnců s vysokými příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy (VZP ČR, 2014b).

Do roku 2004 bylo přerozdělováno pouze 60 % vybraného pojistného, přičemž nebyla brána v úvahu nákladovost pojištěnců (kritérium pouze počet a věk pojištěnců, za které hradil pojistné stát). Od 1. 1. 2005 je pojistné přerozděleno se zohledněním nákladovosti pojištěnců, pohlaví a věkové struktury pojištěnců - model 100 % přerozdělení pojistného (Šatera, 2012).

VZP ČR je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících a není zapsána v Obchodním rejstříku. Je jedinou zdravotní pojišťovnou, která nemůže zaniknout. Rozpočet VZP ČR je sestavován tak, aby výdaje nepřevýšily příjmy

⁷ Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE byla k 1. 10. 2012 sloučena s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou (MZČR, 2014a).

v příslušném rozpočtovém roce, rozdíl se pak zúčtovává v roční závěrce vůči rezervnímu fondu. Jednotlivé fondy jsou vytvářeny VZP ČR v souladu s platnou právní úpravou. Pro všechny zdravotní pojišťovny v České republice platí povinnost sestavovat vyrovnané pojistné plány, deficit může vzniknout, ale jen za podmínky, že je ke krytí vytvořena rezerva z minulých let.

V Zákoně č. 551/1991, o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR je uvedeno, že pojišťovna vytváří a spravuje základní fond zdravotního pojištění, rezervní fond a další účelové fondy podle rozhodnutí Správní rady Ústřední pojišťovny. VZP ČR (2013a) vytváří následující fondy:

- základní fond – slouží k úhradě zdravotní péče, k přidělům do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost VZP ČR, k přidělům dalším fondům, a je tvořen platbami pojistného,
- rezervní fond – kryje neočekávané výkyvy ve spotřebě základního fondu a také zdravotní péči v případě výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof apod., výše tohoto fondu je tvořena 1,5 % průměrných ročních výdajů ZFZP za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.
- fond prevence - slouží pro úhradu zdravotní péče nad rámec zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, s prokazatelným preventivním nebo léčebným efektem.

Pro zajištění vnitřního chodu spravuje VZP ČR dále provozní fond, sociální fond, fond reprodukce majetku. Zaměstnanecké, resortní a oborové pojišťovny vytváří stejně jako VZP ČR jednotlivé fondy, ze kterých je hrazena péče poskytnutá pojištěncům, provozní výdaje apod. (Šatera, 2012).

3.3 Hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění

Systém zdravotnictví v České republice má své silné i slabé stránky. Dolanský (2008) mezi slabé stránky řadí nedobrou ekonomickou situaci některých nemocnic a jiných zdravotnických zařízení, dále také neúčinné řízení a kontrolu kvality a hospodárnosti poskytování péče, začínající se prohlubování regionální diferenciace v kvalitě poskytování zdravotní péče nebo neexistence uceleného informačního systému, díky kterému by bylo možné zhodnotit výsledky péče, neexistence funkčního

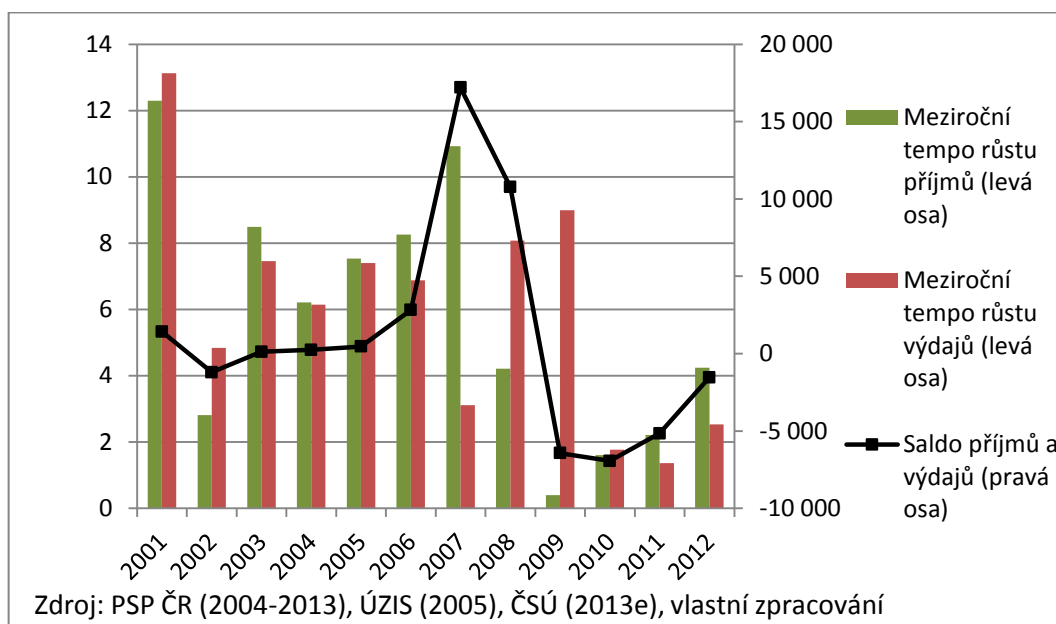
informačního systému, pomocí něhož by se dal určit stupeň efektivního využití zdrojů a srovnávat výkonnost v čase.

Mezi silné stránky zdravotnictví v České republice patří zejména ustálení podílu výdajů na zdravotnictví na HDP, která odpovídá situaci ve vyspělých zemích (ČR je i přesto pod průměrem EU 27 i průměrem zemí OECD), dále zde pak může být zařazena hustá síť a dobrá vybavenost zdravotnických zařízení, vysoká profesionální úroveň zdravotnických pracovníků, celkové zlepšení populačního zdraví (Dolanský, 2008).

Nedostatečný výběr pojistného a s tím související tvorba deficitu závisí na mnoha faktorech jak na straně příjmové tak výdajové. Na grafu 3.2 lze pozorovat vývoj salda systému zdravotního pojištění (mil. Kč, pravá osa), které představuje rozdíl mezi příjmy a výdaji zdravotního pojištění, systém zdravotního pojištění začal být deficitní v roce 2009 (-6,4 mld. Kč), tento trend pokračoval až do roku 2012, avšak deficit se podstatně snížil (-1,5 mld. Kč).

Současně lze na grafu 3.2 pozorovat meziroční tempo růstu výdajů i příjmů. Příjmy meziročně rostly až do roku 2007 rychleji než výdaje (výjimka rok 2001 a 2002), v letech 2008-2010 však nastal obrát a meziroční růst výdajů převýšil růst příjmů o několik procentních bodů (období, kdy v rámci sledovaného období byl i nejvyšší deficit), v letech 2011-2012 opět rychleji rostou příjmy než výdaje zdravotního pojištění, dochází tedy ke snižování deficitu. Jak příjmy, tak výdaje v absolutním vyjádření vzrostly v roce 2012 oproti roku 2000 téměř dvojnásobně (příjmy o 95 %, výdaje o 100 %).

Graf 3.2 Vývoj hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění (meziroční tempo růstu příjmů a výdajů⁸ v %, saldo v mil. Kč)



3.3.1 Výdaje na zdravotnictví dle zdroje financování

Háva (2010) dělí faktory, jež mají vliv na růst výdajů ve zdravotnictví na faktory z hlediska poptávky a z hlediska nabídky zdravotní péče. Faktory z hlediska poptávky jsou následující:

- změny ve vývoji zdravotního stavu obyvatelstva, zvyšující se nemocnost chronických onemocnění,
- stárnutí obyvatelstva, prodloužení života zvyšuje náklady na zdravotní péči na jednu osobu,
- efekt tzv. posledních let života, čtyřikrát nákladnější než průměr výdajů.

Mezi faktory, které způsobují růst výdajů na zdravotní péči z hlediska nabídky, patří:

- technický pokrok a inovace,

⁸ Výdaje uvedené v příloze č. 9 se liší od výdajů uvedených v příloze č. 4-8 a 12-13, a to z toho důvodu, že výdaje uvedené v příloze č. 4-8 a 12-13 jsou vypočteny na základě Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (ICHA – HF) a výdaje uvedené v příloze č. 9 (rovněž graf 3.5) jsou čerpány ze Státních závěrečných účtů, které zpracovává Ministerstvo financí ČR, ty vychází z údajů ročních statistických a účetních výkazů zdravotních pojišťoven.

- růst důchodů (příjmů) pracovníků zdravotnického systému vede k růstu cen zdravotní péče, i když produktivita zdravotní péče je menší než růst důchodů (příjmů) pracovníků,
- nabídka vyvolává indukovanou poptávku,
- nabídka sleduje důchody a způsoby financování (především cestou nadstandardních služeb, větším rozsahem nákladných služeb).

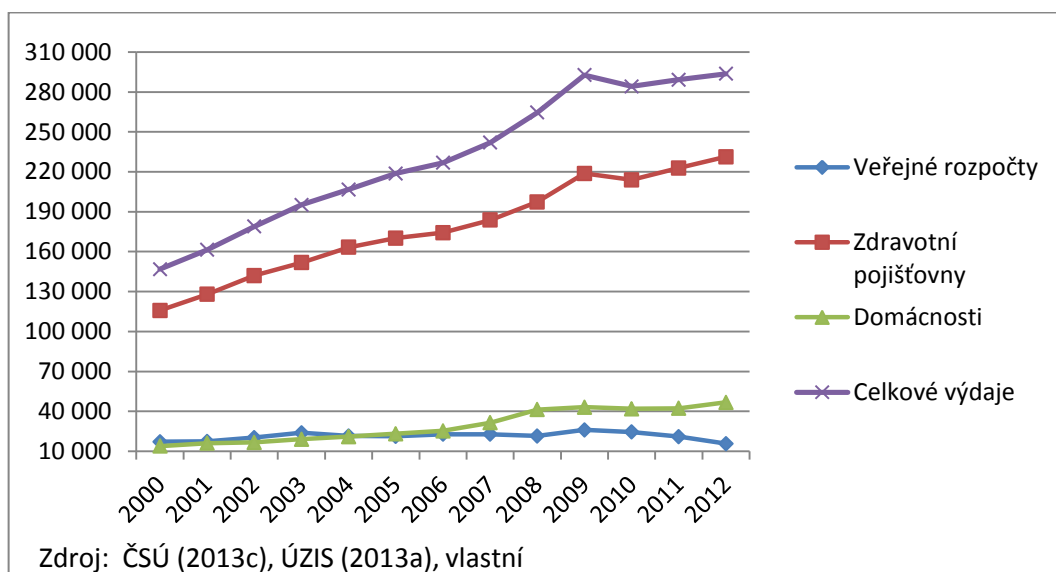
Výdaje na zdravotnictví je možné sledovat ze tří hledisek, jak je již popsáno v kapitole 2.6. V této podkapitole jsou zmíněny tři rozměry členění výdajů, a sice dle zdrojů financování, dle typu poskytovatele a dle druhu zdravotní péče.

V České republice je zdravotnictví financováno z prostředků veřejného zdravotního pojištění a současně z prostředků veřejných rozpočtů. Při srovnání podílu jednotlivých zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví lze konstatovat, že v České republice tvoří největší zdroj financování zdravotnictví zdravotní pojišťovny (dle klasifikace ICHA patří ke skupině vládních institucí), poté soukromé zdroje, konkrétně domácnosti a veřejné rozpočty. V sektoru soukromých zdrojů jsou vyjma domácností i další položky (např. ostatní soukromé pojištění či neziskové organizace), ty ale tvoří přibližně 1,1 % celkových zdrojů zdravotnictví, mají tedy zanedbatelný význam, bližší informace viz příloha č. 5.

Na grafu 3.3 je vývoj výdajů na zdravotnictví v letech 2000-2012⁹, ze kterého je patrné, že celkové výdaje na zdravotnictví stoupají (jediným rokem, kdy výdaje klesly je rok 2010), avšak výdaje plynoucí z veřejných rozpočtů od roku 2009 mají klesající tendenci.

⁹ Pro rok 2012 se jedná o předběžný údaj, který ÚZIS (2013) dělí pouze na veřejné rozpočty, zdravotní pojišťovny a soukromý sektor, údaj pro soukromý sektor je použit jako údaj sektoru domácností.

Graf 3.3 Výdaje na zdravotnictví v mil. Kč dle zdrojů financování (ICHA - HF) 2000-2012



Pro srovnání výdajů v letech 2011 a 2010 je vypočten meziroční index výdajů 2011/2010 (viz příloha č. 4), celkové výdaje na zdravotnictví vzrostly o 1,8 %, výdaje zdravotních pojišťoven (které patří mezi nejvýznamnější zdroje financování nemocnic) meziročně vzrostly o 4,2 %, naopak k meziročnímu poklesu došlo jak u veřejných rozpočtů (-14,4 %), tak u ostatního soukromého pojištění (-11,7 %) a neziskových institucí (-29,7 %). Sektor domácností zaznamenal meziroční růst 1 %. K poklesu výdajů z veřejných rozpočtů došlo dle ČSÚ (2013c) zejména kvůli snížení příspěvku státu, krajů i obcí na zdravotní péči.

Na grafu 3.4 je už pak procentuální podíl těchto zdrojů financování na celkových výdajích, kde převládá podíl vládních výdajů, které jsou pro přehlednost dále rozděleny na veřejné rozpočty a zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny tvoří ve sledovaném období průměrně 77 % celkových výdajů, podíl domácností na výdajích byl nejnižší v roce 2000, kdy tvořil 9,45 %, v roce 2012 je předpokládán naopak nejvyšší podíl a to 15,91 %.

Nárůst podílů výdajů na zdravotnictví u domácností mezi lety 2007 a 2008 lze přisoudit zavedení regulačních poplatků, které jsou v ČR zavedeny od 1. 1. 2008 Zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Regulační poplatky by měly zamezit nadbytečným návštěvám zdravotnických zařízení (tato regulační funkce je ale často velmi kritizována) a rovněž mají poplatky zvýšit objem financí plynoucích do zdravotnictví, poplatky jsou totiž příjmem zdravotnického zařízení,

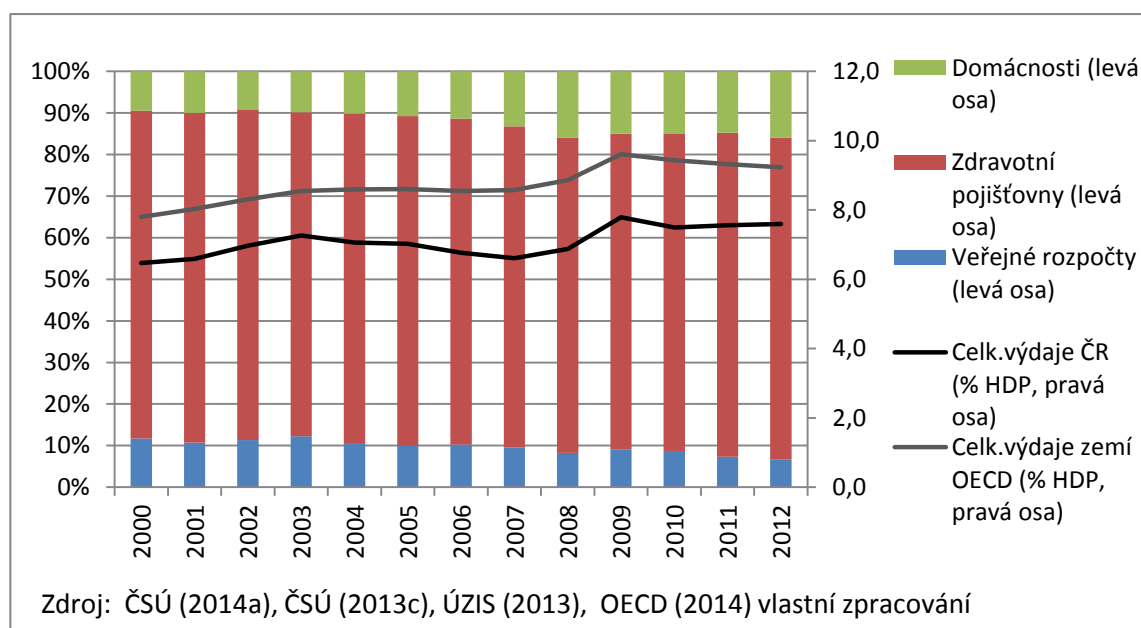
kteřé je vybralo. Dle MZČR (2009) jsou poplatky účelné a plní svou regulační funkci, za první rok od zavedení snížily poptávku po zdravotních službách (např. návštěvy ambulantních specialistů -15,3 %, pohotovost -36%, počet položek na receptu se snížil o 30,7 %, počet balení léků -21,1 %).

Poplatky se vztahují na návštěvy u lékaře, na předepsané léky, hrazené z veřejného zdravotního pojištění (recepty) a na pohotovostní službu, do konce roku 2013 existoval i poplatek za poskytování lůžkové péče. Jsou stanoveny maximální limity pro regulační poplatky, a sice 2 500 Kč/rok pro děti a osoby starší 65 let, 5 000 Kč/rok pro všechny ostatní (VZP ČR, 2014c).

Celkový nárůst zdravotnických výdajů od roku 2000 do roku 2012 představoval 98,86 %, zatímco růst HDP v běžných cenách činil pouze 69,45 %. Procentuální podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v ČR (viz graf 3.4) je v roce 2012 7,63% (nárůst od roku 2000 1,17 p.b.), pro srovnání v zemích OECD činí podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v roce 2012 9,24 % (nárůst od roku 2000 1,44 p. b.), vztah mezi výdaji na zdravotnictví a HDP v běžných cenách lze pozorovat v příloze č. 7.

V roce 2009 podíl výdajů na zdravotnictví na HDP sice přesáhl hranici 7 %, tento pozitivní vývoj zmírňuje ale fakt, že v letech 2009-2012 nebyla překonána úroveň HDP z roku 2008 (ČSÚ, 2014a, ČSÚ, 2013c, OECD, 2014).

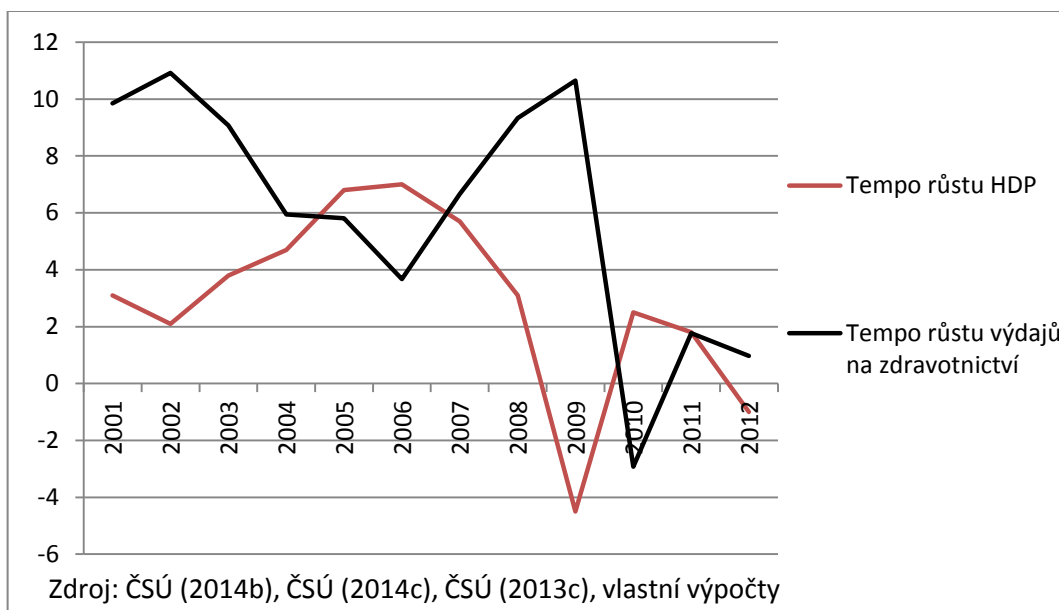
Graf 3.4 Podíl zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví (v %), podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v ČR a v zemích OECD (%)



V příloze č. 6 je zachycen vývoj výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele, v roce 2000 tyto výdaje činily 14 294,- Kč, přičemž v roce 2012 výdaje činily téměř dvojnásobek hodnoty z roku 2000, a sice 27 941,- Kč. Výdaje jsou dále rozděleny na soukromé a veřejné, kdy soukromé výdaje v roce 2012 činí 4 445,- Kč (v roce 2000 to bylo 1 335,- Kč) a veřejné výdaje v roce 2012 dosahují 23 495,- Kč (v roce 2000 to bylo 12 943,- Kč).

De Hávy (2010) jsou příjmy veřejných rozpočtů a veřejných zdravotních pojišťoven závislé na ekonomické situaci jednotlivých zemí, jinými slovy jsou možnosti meziročního růstu celkových výdajů na zdravotní péči determinovány meziročním růstem HDP. Pokud tedy výdaje na zdravotnictví rostou rychleji než HDP, může to utlumit jiné příležitosti v ekonomice, a rovněž může ve zdravotních pojišťovnách narůstat bilanční nerovnováha. Na grafu 3.5 je znázorněno meziroční tempo růstu výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2012, to bylo vyšší než meziroční tempo růstu HDP vyjma let 2005-2006 a roku 2010.

Graf 3.5 Meziroční tempo růstu výdajů na zdravotnictví a HDP (v %)



Vývoj výdajů z hlediska typu poskytovatele (ICHA-HP) od roku 2000 až do roku 2012 je zachycen v příloze č. 12, podíl jednotlivých poskytovatelů na celkových výdajích je pak znázorněn v příloze č. 13. Lze konstatovat, že podíly jednotlivých poskytovatelů se za celou dobu nijak zásadně nezměnily a největší podíl po celou dobu zaujímají nemocnice, konkrétně v roce 2012 43,8 % (došlo k meziročnímu poklesu o 0,2 % oproti roku 2011), z nichž většina výdajů tvoří

všeobecné nemocnice, druhou největší položkou jsou pak zařízení ambulantní péče, které v roce 2012 tvoří 26 % celkových výdajů, přičemž největší část v rámci ambulantní péče zauímají ordinace lékařů, na druhém místě jsou ordinace zubařů (meziročně výdaje na ambulantní péči vzrostly o 0,4 %), třetí významnou položku výdajů tvoří lékárny a zařízení PZT (prostředky zdravotní techniky) které v roce 2012 představovaly 21,6 % z celkových výdajů (v roce 2012 meziroční nárůst o 2,8 %) (ČSÚ, 2014d).

Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů rozlišuje ještě další rozměr členění výdajů na zdravotnictví a to výdaje na zdravotnictví dle druhu péče. To znamená, že zdravotnické účty rozlišují rozměry výdajů dle typu poskytovatele a druhu zdravotní péče (tyto rozměry na sobě nejsou závislé, dříve tomu tak nebylo). Tím, že se tyto dva rozměry odlišují, je např. možné porovnat, jaký druh péče poskytují jednotlivé typy poskytovatelů (ČSÚ, 2013a). V České republice tvoří největší podíl na výdajích členěných dle druhu péče léčebná péče (největší podíl zauímá lůžková péče, poté ambulantní péče) a další nákladnou položkou jsou léky a PZT.

3.3.2 Příjmy systému veřejného zdravotního pojištění

V této kapitole jsou určeny hlavní determinanty příjmů systému veřejného zdravotního pojištění.

Příjmovou stranu systému zdravotního pojištění tvoří příjmy z veřejného zdravotního pojištění (příjmy z jeho přerozdělení), ostatní příjmy a výnosy a výnosy ze zdaňované činnosti, příjmy od zahraničních pojišťoven za ošetřované cizince, inkaso pokut a z penále na zdravotní pojištění (ÚZIS, 2013a).

Příjmy zdravotního pojištění ovlivňuje zejména struktura pojištěnců, příjmy jsou tedy ovlivňovány kategoriemi plátců, jež platí pojistné (např. zda se jedná o zaměstnance, OSVČ, osoby za které platí pojistné stát). Na skutečnou výši příjmu v rámci těchto skupin plátců působí zejména počet těchto plátců, samotná výše pojistného, které platí jednotlivé skupiny plátců (sazba pojistného) a s tím související ukazatele, od kterých se odvíjí výše odvodů na pojistné jednotlivých skupin, jako je průměrná hrubá mzda či minimální mzda v národním hospodářství (VZP, 2013b).

Významnou roli v oblasti příjmu do systému veřejného zdravotního pojištění hraje i fáze hospodářského cyklu, v němž se ekonomika nachází neboli vývoj tempa růstu HDP (předpokladem je, že s vyššími tempy růstu HDP rostou příjmy v ekonomice, jež jsou vyměřovacím základem pro výpočet pojistného). Ekonomická recese působí v mnoha směrech na hospodaření samotných zdravotních pojišťoven, a také na plátce pojistného či poskytovatele zdravotní péče (VZP, 2013b).

Pro vývoj hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění jsou dle PSP (2013b) důležité tyto parametry:

- minimální mzda jako minimální vyměřovací základ pro zaměstnance a osoby bez zdanitelných příjmů,
- platba státu,
- pravidla konstrukce minimálního vyměřovacího základu pro OSVČ, nyní 50 % průměrné mzdy,
- zrušení ročních maximálních vyměřovacích základů plátců pojistného pro období 2013-2015.

Výše veřejného zdravotního pojištění

VZP ČR (2014a) definuje zdravotní pojištění (dále jen pojištění) jako druh zákonného pojištění, na jehož základě je plně nebo částečně hrazena zdravotní péče poskytnutá pojištěnci. Rozsah poskytované zdravotní péče je dán zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Dle tohoto Zákona je pojištění povinné pro osoby s trvalým pobytem na území České republiky, a také pro osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky.

Pojistné platí stát za určené skupiny osob uvedené v § 7 odstavci Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění (jedná se např. o nezaopatřené děti, poživatele důchodu ze systému důchodového pojištění nebo příjemci dávek státní sociální podpory a další), zaměstnavatelé, kteří odvádějí pojistné za své zaměstnance a pojištěnci (zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné či osoby bez zdanitelných příjmů).

Výše pojistného je stanovena Zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění a činí 13,5 % z vyměřovacího

základu za rozhodné období. Pro platbu pojistného státem je určen měsíční vyměřovací základ (dle zákona 70 % minimální mzdy) 5 829 Kč, pojistné tedy činí 787 Kč.

Pro pojištěnce v pracovním poměru (zaměstnance) je určen odvod 4,5 % z vyměřovacího základu (úhrn zúčtovaných příjmů), přičemž zaměstnavatel hradí zbylé dvě třetiny pojistného, tj. 9% z vyměřovacího základu.

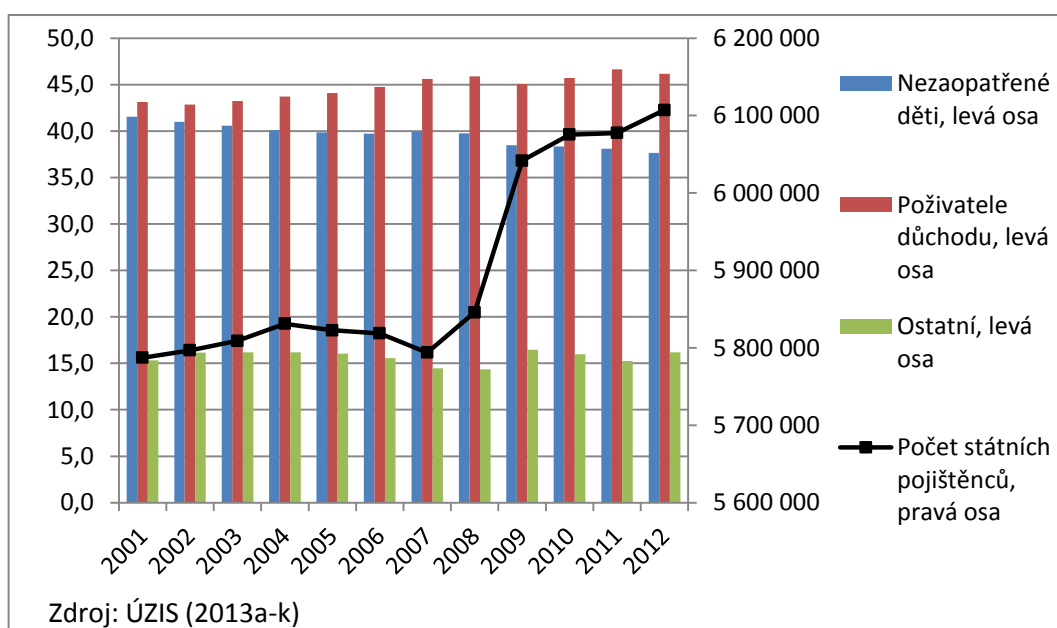
Pro osoby samostatně výdělečně činné platí rovněž sazba 13,5 % z vyměřovacího základu (dále jen VZ), kterým je od roku 2006 50 % příjmů po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení (před rokem 2004 činila 35 %, v roce 2004 to bylo 40 %, v roce 2005 pak 45 %). Je stanoven i minimální vyměřovací základ (dvanáctinásobek 50 % průměrné mzdy, v roce 2012 činil 1 657 Kč/měsíc), do 1. 1. 2013 byl stanoven i maximální vyměřovací základ (sedmdesáti dvounásobek průměrné mzdy), který byl pozastaven Zákonem č. 500/2012 Sb., o změně daňových, pojistných a dalších zákonů v souvislosti se snižováním schodků veřejných rozpočtů a to pro rozhodná období 2013-2015. Osoby bez zdanitelných příjmů platí pojistné ve výši 13,5 % z minimálního vyměřovacího základu, kterým je minimální mzda.

Platba zdravotního pojištění státem, a to za určené skupiny osob (viz výše), je z hlediska toku financí do systému veřejného zdravotního pojištění velmi podstatná zejména z díky počtu osob, které patří do této skupiny. V grafu 3.6 je zobrazen jednak vývoj struktury státních pojištěnců (levá osa, %) a také počet státních pojištěnců (pravá osa) v letech 2001-2012.

Co se týče struktury státních pojištěnců, je v grafu 3.6 možné sledovat dvě zásadní skupiny, které tvoří nezaopatřené děti a poživatele důchodu, v položce ostatní jsou zbylí státní pojištěnci. V roce 2001 činil rozdíl mezi podílem těchto dvou skupin na celkovém počtu státních pojištěnců 1,6 p. b. (nezaopatřené děti 41,5 %, poživatelé důchodu 43,14 %), v roce 2012 však tento rozdíl činil už 8,5 p. b. (nezaopatřené děti 37,7 %, poživatelé důchodu 46,15 %). Tato skutečnost, spolu s faktem, že náklady na zdravotní péči se od 60 roku života výrazně zvyšují, není pro budoucnost financování českého zdravotnictví příliš pozitivní, protože výdaje na zdravotní péči se budou zvyšovat (poroste podíl osob nad 60 let) a příjmy se zřejmě sníží díky zvyšujícímu se počtu poživatelů důchodu, za které je plátce pojistného stát.

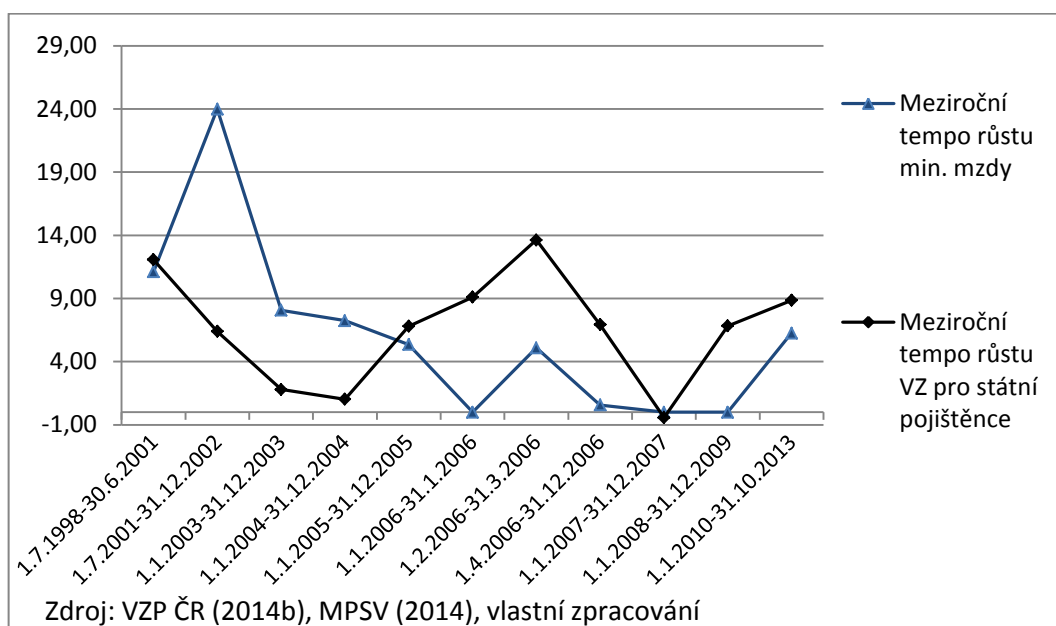
I za poměrně krátkou časovou řadu (2001-2012) lze pozorovat projevy stárnutí populace, kdy klesá podíl nezaopatřených dětí (v roce 2000 41,5 %, v roce 2012 37,7 %) na celkovém počtu státních pojištěnců a roste podíl poživatelů důchodu, na celkovém počtu státních pojištěnců (v roce 2000 43,14 %, v roce 2012 46,15 %). Podíl ostatních státních pojištěnců se za celé sledované období příliš nemění, tvoří 15 až 16 % všech osob. Na pravé ose lze pozorovat narůstající počet státních pojištěnců, konkrétně tvoří nárůst mezi lety 2001 a 2012 zhruba 300 tis. osob, největší nárůst byl mezi léty 2008-2009, činil zhruba 195 tis. osob.

Graf 3.6 Přehled pojištěnců za které je plátcem zdravotního pojištění stát



V příloze č. 11 je možné pozorovat vývoj skutečného VZ a částku, jež platí stát za zdravotní pojištění pro státní pojištěnce, kdy tento skutečný VZ a částka pojistného byla za sledované období vždy nižší než by dle zákona měla být (dle zákona by měl VZ tvořit 70 % minimální mzdy), v další části přílohy č. 11 je možné sledovat vývoj minimální mzdy a z té vypočtený VZ (70 %) a částka pro pojistné (13,5 % z VZ). Jak již bylo zmíněno, tato částka je pro systém veřejného zdravotního pojištění významná z důvodu vysokého počtu státních pojištěnců. V grafu 3.7 lze porovnat vývoj meziročního tempa růstu minimální mzdy a meziročního tempa růstu VZ pro státní pojištěnce, z grafu vyplývá, že i přes fakt, že meziroční tempo růstu VZ od roku 2005 převyšuje tempo růstu minimální mzdy, je stále platba státu nedostatečná neboť nedosahuje ani výše, jaká by měla dle zákona být.

Graf 3.7 Meziroční tempo růstu minimální mzdy a VZ pro státní pojištěnce (%)



3.4 Dílčí shrnutí kapitoly

U veřejného financování zdravotnictví zastupuje pacienty stát skrze legislativu, ale v případě, že stát selže, pacient je obětí systému financování, na kterém se podílí (Krebs, 2010).

Řešení základních otázek ve zdravotnictví brzdí odlišné názory populace (politické reprezentace) a to zejména na problematiku vícezdrojového financování zdravotnictví, spoluúčasti občanů na hrazení zdravotnických služeb a úlohu státu při řízení zdravotnictví. (Dolanský, 2008).

Zdravotnictví je dlouhodobě neudržitelné, náklady na zdravotní péči jsou stále rostoucí a to zejména díky negativnímu demografickému vývoji, zvyšování úrovně zdravotní péče a také systému financování zdravotní péče. Je žádoucí, aby náklady na zdravotní péči na osobu rostly maximálně tak, jako roste meziročně HDP.

Finanční prostředky systému veřejného zdravotního pojištění jsou nedílnou součástí veřejných financí, zdravotnictví v ČR je dlouhodobě podfinancované, tzn., neplyne do něj tolik finančních prostředků, kolik je zapotřebí. Ve srovnání s ostatními členy Evropské unie patří Česká republika k zemím, které mají menší podíl výdajů na zdravotnictví na HDP než je průměr Evropské unie (v roce 2010 EU 27

těsně nad 9 %, ČR 7,5 %), ČR má také nejvyšší podíl veřejných výdajů na zdravotnictví (v roce 2010 v EU 27 73 % a v ČR 84 %), a zároveň jeden z nejnižších podílů domácností na výdajích na zdravotnictví (v roce 2010 EU 27 21 %, ČR 14,8 %) (OECD, 2012).

4 Návrh možných opatření vedoucích ke snížení deficitu veřejného zdravotního pojištění

Nesoulad mezi příjmy a výdaji systému zdravotního pojištění vede k tvorbě deficitu, který není žádoucí. Příčiny vzniku deficitu a možné prostředky k jeho postupnému snižování lze hledat na straně příjmů i výdajů. V České republice se deficit zdravotního pojištění tvoří od roku 2009, je zapotřebí hledat nové možnosti financování zdravotnictví, protože v současné podobě je do budoucnosti neudržitelné.

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují financování zdravotnictví, v této kapitole jsou představeny možné alternativy k dosažení rovnovážného stavu mezi příjmy a výdaji systému zdravotního pojištění.

4.1 Souhrn možných opatření ke snížení deficitu ve veřejném zdravotním pojištění

Pro návrh opatření ke snižování deficitu ve veřejném zdravotním pojištění, je možné uvažovat opatření jak na stránce příjmové, tak na stránce výdajové. V oblasti příjmů je nutné hledat nové zdroje k financování zdravotní péče, u výdajů by měl být kladen důraz zejména na racionální nakládání s finančními prostředky a s tím spojené zvyšování efektivnosti celého systému zdravotnictví.

V práci je provedena deskripce a komparace vývoje příjmů i výdajů v letech 2000 až 2012 (viz kapitoly 3.3.1 a 3.3.2), avšak detailnější analýza a následný návrh opatření ke snížení deficitu zdravotního pojištění budou provedeny pouze z hlediska příjmů systému veřejného zdravotního pojištění a to z důvodu lepší uchopitelnosti v rámci dosažených teoretických poznatků.

Podrobná analýza z hlediska výdajů by byla méně srozumitelná, neboť lze těžko posoudit, zda např. úhrady poskytovatelům či výdaje na různé druhy zdravotní péče jsou dostatečné či nikoliv bez odborných znalostí z oblasti lékařství, proto je v dalších podkapitolách věnována pozornost pouze příjmové stránce systému zdravotního pojištění.

Na základě dosažených poznatku z kapitoly 3.3.1 lze konstatovat, že očekávaný budoucí vývoj výdajů na zdravotní péči vzhledem ke stárnutí populace

a současně snižování počtu ekonomicky aktivních lidí v příštích letech bude stále rostoucí (naopak příjmy právě díky těmto zmíněným skutečnostem budou klesat). Mezi další faktory, které ovlivňují výdaje na zdravotnictví, se řadí také očekávání a nároky pacientů na růst kvality zdravotní péče, výdaje ovlivňuje zejména rozsah zdravotní péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Opatření pro navýšení prostředků k financování systému veřejného zdravotního pojištění jsou důležitá, avšak rovněž je důležité posílit již zmíněnou transparentnost a efektivnost tohoto systému.

Vláda ČR (2011) spolu s Národní ekonomickou radou vlády uvedla několik hlavních opatření pro zefektivnění financování zdravotnictví, která vychází z doporučení Mezinárodního měnového fondu či OECD, patří mezi ně např. sjednocení právního základu pro fungování zdravotních pojišťoven, kategorizace zdravotnických prostředků, změna úhrad lůžkové péče, hodnocení přínosu přípravků podle přínosu k nákladům a další.

LOK (2014) představuje možné úspory v oblasti výdajů, zejména na úrovni poskytovatelů zdravotní péče, kde navrhuje povinné transparentní aukce a centralizaci nákupů zdravotnické techniky, léčiv, zdravotních materiálů a další. Což by mělo zamezit korupci, která nákupy těchto prostředků mnohdy provází.

4.2 Možnosti navýšení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění

V oblasti příjmové stránky systému veřejného zdravotního pojištění je možné navýšení jak soukromých tak veřejných zdrojů, přičemž jak již bylo zmíněno, do veřejných zdrojů patří dle Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (ICHA) všechny povinné odvody tedy i příspěvky na veřejné zdravotní pojištění, platbu za státní pojištěnce a přímé výdaje centrálního a místních rozpočtů.

Pro navýšení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění lze uvažovat dvě varianty. První možnost je navýšení odvodů na veřejné zdravotní pojištění, druhou možností je provádění kvalitní hospodářské politiky, tzn. bez potřeby navyšování odvodů na veřejné zdravotní pojištění, tato varianta je zkoumána pomocí regresní analýzy v samostatné kapitole 4.2.

4.2.1 Navýšení pojistného pro plátce veřejného zdravotního pojištění

V této podkapitole jsou zhodnoceny možnosti navýšení pojistného a změny vyměřovacího základu, z něhož je vypočteno pojistné pro jednotlivé skupiny plátců, a jsou zde rovněž popsána možná rizika spojená s navýšením jednotlivých odvodů.

Navýšení odvodů na veřejné zdravotní pojištění je jednou z možností, jak by se příjmy systému veřejného zdravotního pojištění mohly zvýšit (otázkou je, zda by se tak skutečně stalo, vyšší sazba pojistného může působit také opačným směrem a příjmy do systému zdravotního pojištění se mohou s růstem sazby snižovat).

Plošné navýšení sazby pro výpočet pojistného, která nyní činí 13,5 % z vyměřovacího základu (který se liší pro jednotlivé skupiny plátců) není vhodný způsob jak zvýšit příjmy do systému veřejného zdravotního pojištění. Tato sazba je už nyní nepřiměřeně vysoká, zejména pro ekonomicky aktivní obyvatele (ekonomicky aktivní obyvatelé představují pro příjmy systému veřejného zdravotního pojištění největší a tedy nejdůležitější zdroj příjmů, více viz příloha č. 14).

Objem předepsaného pojistného¹⁰ v roce 2012 činil 170 229 mil. Kč, tato částka tedy představuje součet všech odvodů od plátců veřejného zdravotního pojištění. Pokud by se sazba změnila na 14 % z vyměřovacího základu, který by pro jednotlivé skupiny plátců zůstal stejný, předepsané pojistné by se navýšilo o 6,2 mld. Kč, tento výpočet je zjednodušený, zda by ke zvýšení opravdu došlo, záleží na mnoha faktorech.

Navýšení sazby pojistného pro odvod zdravotního pojištění, které by mohlo znamenat zvýšení příjmů do systému zdravotního pojištění, bude mít rovněž za následek zvýšení ceny práce (platby od zaměstnavatelů tvoří největší podíl na příjmech do systému veřejného zdravotního pojištění, více viz tabulka 4.1), což mimo jiné může mít dopad na konkurenceschopnost české ekonomiky, také může dojít ke zvýšení nezaměstnanosti, čímž by se příjmy opět snížily. Toto opatření proto není příliš vhodné.

Východiskem by bylo, v případě růstu sazby pro odvod zdravotního pojištění, zvýšení pouze té složky pojistného, kterou platí zaměstnanec (v současné době

¹⁰ Předepsané pojistné tvoří příjmy zdravotních pojišťoven (bez plateb pojistného státem) z pojistného, tj. tržby ze zákonného pojistného na všeobecné zdravotní pojištění ČSÚ (2014e).

4,5 % z vyměřovacího základu), jedině tak by nedocházelo k růstu nákladů na práci pro firmy, avšak toto opatření také podléhá politickému rozhodnutí a bylo by občany považováno za velmi nepopulární.

Jak již bylo zmíněno, jednou z možností navýšení příjmů do systému veřejného zdravotního pojištění, je zvýšení platby za státní pojištěnce, která se změnila už v roce 2013 (výše pojistného za státní pojištěnce je v kompetenci vlády). Před touto změnou byl vyměřovací základ pro státní pojištěnce po čtyři roky stejný (2010 až listopad 2013), reálně se tedy, vlivem inflace, tato částka spíše zmenšovala.

Od 1. 7. 2014 by mělo dojít k dalšímu navýšení platby za státní pojištěnce a to ze současných 787 Kč na 845 Kč za měsíc (navýšení o 58 Kč/měsíc), tato částka by měla být stejná i pro rok 2015. Přičemž toto zvýšení přinese do systému veřejného zdravotního pojištění cca 4,2 mld. Kč ročně¹¹ (při zavedení od 1. 7. 2014 tedy 2,1 mld. Kč do konce roku), o stejnou částku se zvýší nároky na výdaje ze státního rozpočtu.

Toto plánované opatření ze strany Vlády ČR je zapříčiněno rozhodnutím o zrušení poplatku za poskytování lůžkové péče. Zrušením poplatku se sníží objem prostředků plynoucích do zdravotnictví. Pro stabilizaci financování systému (rovněž i pro kompenzaci výpadku regulačních poplatků) veřejného zdravotního pojištění je nutné zvýšit příjmy do systému zdravotního pojištění.

Vláda ČR (2014) uvádí, že finanční dopad zrušení poplatku pro poskytovatele lůžkových zdravotních služeb, se odhaduje ve výši cca 2,1 mld. Kč ročně. Současná politická reprezentace plánuje postupně od 1. 1. 2015 zrušit i další poplatky, což bude mít za následek ztrátu zhruba 3,3 mld. Kč v roce 2015 a prostředky získané navýšením platby za státní pojištěnce mají kompenzovat zrušení těchto poplatků

Navýšení platby za státní pojištěnce jako prostředek pro zvýšení příjmů do systému veřejného zdravotního pojištění (neboli krytí deficitu v tomto systému vzniklém) se nejeví jako účelné opatření pro dlouhodobé řešení, je důležité, aby se tato platba pravidelně zvyšovala, avšak ne s cílem krytí vzniklého deficitu.

Zvyšuje-li se platba za státní pojištěnce, zvýší to sice příjmy do systému veřejného zdravotního pojištění, ale zároveň pokud se tak stane, aniž se zvýší příjmy

¹¹ Částka je vypočtena pro počet pojištěnců v roce 2012, viz příloha č. 10.

do státního rozpočtu, dojde k navýšení deficitu veřejných financí, který je v České republice rovněž velkým a diskutovaným problémem a dojde tak opět k zatížení budoucích generací (zdražení dluhové služby, snížení důvěryhodnosti České republiky v zahraničí).

Úroveň minimální mzdy ovlivňuje výši pojistného na veřejné zdravotní pojištění, konkrétně výši minimálního pojistného u zaměstnanců a osob bez zdanitelných příjmů.

Dalším možným východiskem je navýšení plateb na zdravotní pojištění osob samostatně výdělečně činných (OSVČ). Jak již bylo zmíněno vyměřovacím základem pro výpočet výše pojistného u OSVČ je 50 % příjmů po odpočtu výdajů. Průměrná měsíční částka, která plyne do systému veřejného zdravotního pojištění od zaměstnavatelů (za zaměstnance) činí 3 348 Kč osoba/měsíc¹², při srovnání s minimální zálohou na pojistné od OSVČ, která je dle VZP (2014d) 1 697 Kč¹³, je tato částka podstatně menší než průměrná měsíční částka od zaměstnanců.

Z výše uvedeného se proto nabízí navýšení vyměřovacího základu pro výpočet výše pojistného z dosavadních 50 % příjmů po odpočtu výdajů na vyšší podíl nebo alespoň navýšení minimálního vyměřovacího základu na úroveň průměrné mzdy v národním hospodářství (minimální záloha na pojistné by v roce 2012 činila 3 387 Kč/měsíc). Takové opatření, ale znamená značné navýšení nákladu pro OSVČ a podnikání se stane o to náročnější, zejména pro malé a střední firmy.

Výše uvedené možnosti mají mnoho negativních dopadů, proto je nutné hledat v oblasti veřejných zdrojů nové typy příjmů.

LOK (2014) uvádí jako možné nově vzniklé zdroje příjmů např. povinné úrazové pojištění (jeho zavedením by došlo k omezení solidarity, ale zároveň by se z části zredukovalo rizikové chování občanů), dalším zdrojem příjmů by mohlo

¹² Celkové vybrané pojistné od zaměstnavatelů (za zaměstnance) činilo v roce 2012 151 050 mil. Kč (viz příloha č. 14), průměrný počet zaměstnanců byl v témže roce dle ČSÚ (2013g) 3 759 900, tzn. 3 348 Kč/měsíc.

¹³ Dle LOK (2014) je jen minimální rozdíl mezi průměrnou částkou odvodů na zdravotní pojištění od OSVČ a výši povinných minimálních záloh. Pro zjednodušení, je výše průměrných odvodů na pojistné od zaměstnanců srovnávána s minimální výši záloh na pojistné pro OSVČ.

být nominální pojistné¹⁴ nebo zvýšení finančních zdrojů od krajů a obcí, což by ale mělo negativní vliv na investice krajů a obcí do ostatních oblastí.

Navýšení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění lze skrze odvod části spotřební daně z tabáku na zdravotnictví, čímž by ale klesly příjmy do státního rozpočtu.

V ČR jsou výdaje na zdravotnictví vyjádřené v poměru k HDP relativně nízké ve srovnání s ostatními vyspělými zeměmi (7,6 % v roce 2012 oproti 9,2 % v zemích OECD, průměr EU 27 činil v roce 2010 9 %), celkové výdaje na zdravotnictví, by se tedy měly zvýšit, zejména soukromé zdroje financování zdravotnictví, v rámci kterých Česká republika výrazně zaostává za zeměmi EU.

V oblasti soukromých zdrojů patříme k zemím EU, které mají podíl soukromých zdrojů na financování zdravotní péče jeden z nejnižších (v roce 2012 15,9 %, ČR na čtvrtém místě za Nizozemím, Dánskem a Lucemburskem), pro srovnání průměr soukromých zdrojů na financování zdravotní péče EU 27 činil v roce 2010 zhruba 25 % (OECD, 2012).

Zvyšování spoluúčasti pacientu na financování zdravotní péče je nevyhnutelné, je ale důležité provádět opatření tak, aby zdravotní péče byla stále dostupná všem.

4.3 Dopady změny nezaměstnanosti na příjmy systému zdravotního pojištění

Tato část práce si klade za cíl posoudit, zda pro zvýšení příjmů do systému veřejného zdravotního pojištění bude dostačující, aby byla prováděna kvalitní hospodářská politika, skrze zvyšování ekonomického růstu země, který se mimo jiné promítá v nízké míře nezaměstnanosti a zároveň vyšší průměrné hrubé měsíční mzdě.

Je provedena ekonometrická analýza, která se zabývá zkoumáním vlivu registrované míry nezaměstnanosti a průměrné hrubé měsíční mzdy na příjmy systému zdravotního pojištění a poté jsou vypočteny dopady na příjmy systému zdravotního pojištění při změně míry nezaměstnanosti.

¹⁴ Nominální pojistné je pevně stanovena částka na osobu, kterou si určí sama zdravotní pojišťovna, tato částka v různé míře nahrazuje či doplňuje procentní odvody na veřejné zdravotní pojištění. Tento systém motivuje pojišťovny ke snahám o úspory (nákup kvalitní péče za rozumnou cenu), vede ke konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami, tedy i k lepšímu a efektivnějšímu hospodaření zdravotnického systému (VZP, 2013c)

Pro zkoumání vlivu nezávislých proměnných na proměnnou závislou je využito regresní analýzy, ta je realizovaná pomocí metody nejmenších čtverců.

4.3.1 Vstupní data

Vysvětlovanou proměnnou jsou v modelech příjmy zdravotního pojištění (dále jen příjmy ZP), jejich výše je důležitá pro vývoj hospodaření systému veřejného pojištění. Zdrojem informací o příjmech ZP jsou Státní závěrečné účty, které zpracovává Ministerstvo financí ČR, ty vychází z údajů ročních statistických a účetních výkazů zdravotních pojišťoven.

Vysvětlující proměnné jsou vybrány na základě informací získaných v kapitole 3.3.2, měly by mít na vysvětlovanou proměnnou podstatný vliv, neboť s jejich růstem respektive poklesem se mění vysvětlovaná proměnná.

První vysvětlující proměnnou je míra registrované nezaměstnanosti¹⁵ v procentech (dále jen nezaměstnanost) publikovaná Českým statistickým úřadem. S růstem nezaměstnanosti poroste počet pojištěnců, za které platí pojistné na zdravotní pojištění stát, které je nižší než u zaměstnaných osob (viz kapitola 3.3.2), proto by měly příjmy ZP klesat a naopak.

Druhou vysvětlující proměnnou tvoří průměrná nominální hrubá měsíční mzda v Kč¹⁶ (dále jen mzda), která je rovněž publikovaná Českým statistickým úřadem. S růstem průměrné měsíční mzdy roste vyměřovací základ pro výpočet pojistného a z toho důvodu se očekává, že příjmy ZP budou růst. Tato položka je vzhledem k údajům v tabulce 4.1 významná, neboť hlavní složkou příjmů do systému zdravotního pojištění jsou příjmy od zaměstnavatelů, kteří odvádějí pojistné, jehož výše se odvíjí od mezd zaměstnanců.

V modelu byly původně zahrnuty i další dvě vysvětlující proměnné, a sice roční tempo růstu HDP a sazba pro výpočet pojistného. Sazba pro výpočet pojistného byla vyřazena, protože se za celé sledované období nezměnila (13,5 % z vyměřovacího základu) a lze ji považovat za konstantu. Proměnná, roční

¹⁵ Míra registrované nezaměstnanosti vyjadřuje podíl počtu nezaměstnaných registrovaných úřady práce na disponibilní pracovní síle, v současné době nahrazena ukazatelem podíl nezaměstnaných osob (ČSÚ, 2014i).

¹⁶ Podíl mezd bez ostatních osobních nákladů, který připadl v průměru na jednoho zaměstnance přepočteného počtu zaměstnanců za jeden měsíc (ČSÚ, 2013f).

tempo růstu HDP, byla vyřazena z důvodu pozdějšího logaritmování časové řady (roční tempo růstu bylo v některých případech záporné).

Obecný zápis výše popsané funkční závislosti je následující:

$$\text{Příjmy ZP} = f(\text{nezaměstnanost}, \text{mzda})$$

V tabulce 4.1 je zachycen procentuální podíl plátců na předepsaném pojistném, kdy po celou dobu hlavní částí předepsaného pojistného jsou příjmy od zaměstnavatelů (za zaměstnance), v roce 2012 konkrétně 88,8 %, avšak ve srovnání s rokem 2002 je podíl nižší o 1,8 p. b., naopak příjmy od OSVČ se zvýšily mezi lety 2002-2012 o 1,3 p. b. a to na 9,5 %, vzrostl i podíl osob bez zdanitelných příjmů (OBZP) o 0,5 p. b. na 1,7 % v roce 2012.

Tabulka 4.1 Podíl jednotlivých plátců na předepsaném pojistném (%)

Plátcí pojistného	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Zaměstnavatelé	90,6	90,4	89,3	89,7	89,4	90,1	89,7	87,6	89,3	89,6	88,8
OSVČ	8,2	8,4	9,4	8,3	8,6	8,4	8,6	10,5	8,9	8,9	9,5
OBZP	1,2	1,3	1,3	2,0	1,9	1,6	1,6	2,0	1,8	1,5	1,7

Zdroj: ČSÚ (2014e-ch), vlastní zpracování

Modely jsou celkem tři, první vysvětluje příjmy ZP pomocí nezaměstnanosti a průměrné hrubé měsíční mzdy, druhý vysvětluje příjmy ZP pouze pomocí nezaměstnanosti a nakonec třetí model, ten vysvětluje příjmy ZP pomocí průměrné hrubé měsíční mzdy.

Obecná formulace modelů:

$$1. Y = \beta_0 + \beta_1 \cdot X_1 + \beta_2 \cdot X_2 + u \quad (4.1),$$

$$2. Y = \beta_0 + \beta_1 \cdot X_1 + u \quad (4.2),$$

$$3. Y = \beta_0 + \beta_1 \cdot X_1 + u \quad (4.3),$$

kde:

Y je závisle proměnná,

β_0 je úroňová konstanta,

β_1, β_2 jsou parciální regresní koeficienty,

X_1, X_2 jsou nezávislé proměnné,

u je náhodná složka (reziduum).

Podstatné předpoklady pro použití metody nejmenších čtverců jsou následující, vysvětlující proměnné jsou nestochastické, nulová střední hodnota náhodné složky, homoskedasticita náhodné složky (rozptyl je konečný a konstantní), náhodné složky jsou nekorelované, nulová kovariance a normální rozdělení náhodné složky, model je správně specifikován (Hančlová, 2012).

Za předpokladu jinak neměnných podmínek jsou hypotézy chování regresních koeficientů v **prvním modelu** následující:

β_1 je změna příjmů do systému zdravotního pojištění, v případě že se míra registrované nezaměstnanost v ČR zvýší o jeden procentní bod, je očekávaná negativní závislost.

β_2 je změna příjmů do systému zdravotního pojištění, v případě že se průměrná nominální hrubá měsíční mzda v ČR zvýší o jeden procentní bod, je očekávaná pozitivní závislost.

Za předpokladu jinak neměnných podmínek je hypotéza chování regresního koeficientu v **druhém modelu** následující:

β_1 je změna příjmů do systému zdravotního pojištění, v případě že se míra registrované nezaměstnanost v ČR zvýší o jeden procentní bod, je očekávaná negativní závislost.

Za předpokladu jinak neměnných podmínek je hypotéza chování regresního koeficientu v **třetím modelu** následující:

β_1 je změna příjmů do systému zdravotního pojištění, v případě že se průměrná nominální hrubá měsíční mzda v ČR zvýší o jeden procentní bod, je očekávaná pozitivní závislost.

U časových řad jednotlivých proměnných byl patrný rostoucí trend, nebyly tedy stacionární. Aby byla splněna podmínka stacionarity, v modelech se vychází z diferencí logaritmů těchto proměnných. Interpretace výsledných hodnot je částečně ovlivněna skutečností, že data jsou upravena na difference logaritmů.

Data v modelech jsou roční, časová řada začíná v roce 2000 a končí v roce 2012, tím že jsou provedeny difference mezi jednotlivými roky, je počet časových údajů snižen o jeden, pozorování je tedy dvanáct. Jedná se o velmi malý soubor pozorování, což může výrazně negativně ovlivnit výsledky jednotlivých modelů, optimální by byl model s vyšším počtem ročních pozorování (např. minimálně padesát pozorování), ale takový počet pozorování v rámci České republiky zatím není dostupný.

Konkrétní formulace stochastického modelu:

$$1. \Delta l n(\text{příjmy ZP}) = \beta_0 + \beta_1 \cdot \Delta l n(\text{nezaměstnanost}) + \beta_2 \cdot \Delta l n(\text{mzda}) + u \quad (4.4),$$

$$2. \Delta l n(\text{příjmy ZP}) = \beta_0 + \beta_1 \cdot \Delta l n(\text{nezaměstnanost}) + u \quad (4.5),$$

$$3. \Delta l n(\text{příjmy ZP}) = \beta_0 + \beta_1 \cdot \Delta l n(\text{mzda}) + u \quad (4.6).$$

Pro zjištění, zda mezi proměnnými v prvním modelu není příliš vysoká multikolinearita, byla vytvořena korelační matice. Znaménka závislosti v korelační matici vysvětlujících proměnných jsou v souladu s očekáváním stanoveným na základě teorie o příjmech systému zdravotního pojištění v kapitole 3.3.2.

Multikolinearita představuje situaci, kdy je v modelu silná korelace mezi vysvětlujícími proměnnými. V prvním modelu jsou pouze dvě vysvětlující proměnné, korelace těchto dvou proměnných nabývá hodnoty -0,303. Obecně se požaduje, aby absolutní hodnota korelace byla nižší než 0,8. Tento požadavek model splňuje a lze tedy říci, že v modelu se multikolinearita nevyskytuje.

4.3.2 Odhad modelu

V následujících tabulkách 4.2 a 4.3 jsou zachyceny odhady modelů. Jsou zde uvedeny rovněž výsledky F-testu, který slouží ke statistické verifikaci modelu jako celku a dále T-testu, který slouží ke statistické verifikaci jednotlivých parametrů. Modely jako celky jsou významné na hladině významnosti 10 %.

Konstanta je významná pouze ve druhém modelu, v prvním a třetím je nad hladinou významnosti 10 %. Parametry β jsou významné ve všech modelech na hladině významnosti 10 %.

Tabulka 4.2 Výsledky modelů

1. Vliv nezaměstnanosti a průměrné mzdy na příjmy ZP	Koeficienty β	T - statistika	
		T	Sig.
Konstanta	0,015	0,743	0,476
Nezaměstnanost	-0,091	-1,892	0,091
Průměrná mzda	0,777	2,192	0,056
2. Vliv nezaměstnanosti na příjmy ZP	Koeficienty β	T - statistika	
		T	Sig.
Konstanta	0,056	6,394	0,000
Nezaměstnanost	-0,123	-2,283	0,046
3. Vliv průměrné mzdy na příjmy ZP	Koeficienty β	T - statistika	
		T	Sig.
Konstanta	0,004	0,176	0,864
Průměrná mzda	0,980	2,587	0,027

Zdroj: vlastní zpracování

K testování výskytu autokorelace náhodných složek je použita Durbinova-Watsonova statistika, hodnoty jsou uvedeny v tabulce 4.3. Interval, ve kterém se neobjevuje žádná autokorelace, nabývá hodnot, od d_U po $4 - d_U$. Pro první model je to interval od 1,579 po 2,421. U prvního modelu nelze rozhodnout, zda se jedná o autokorelaci či nikoliv (hodnota D-W je 2,805). Interval pro druhý a třetí model, ve kterém se neobjevuje žádná autokorelace, nabývá hodnot od 1,331 po 2,669. V druhém a třetím modelu je statisticky nevýznamná autokorelace (hodnota D-W pro první model je 1,609 a pro druhý model 2,232).

Hodnota koeficientu determinace v prvním modelu je nejpříznivější (0,571 viz tabulka 4.3) a lze ji interpretovat tak, že 57,1 % vysvětlované proměnné je vysvětleno pomocí modelu, chybí tedy 42,9 %. V druhém modelu je pak vysvětleno 34,3 % variability modelu (chybí vysvětlit 65,7 %), ve třetím modelu je to 40,1 % variability modelu (chybí vysvětlit 59,9 %).

Hodnoty koeficientu determinace jsou nízké, v modelech chybí další významná vysvětlující proměnná, avšak tyto nízké hodnoty se daly očekávat vzhledem ke skutečnosti, že v druhém a třetím modelu je pouze jedna vysvětlující proměnná.

Tabulka 4.3 Výsledky modelů

Model	F - statistika		R ²	Durbin - Watson
	F	Sig.		
1. Vliv nezaměstnanosti a průměrné mzdy na příjmy ZP	5,999	0,220	0,571	2,805
2. Vliv nezaměstnanosti na příjmy ZP	5,210	0,046	0,343	1,609
3. Vliv průměrné mzdy na příjmy ZP	6,692	0,027	0,401	2,232

Zdroj: vlastní zpracování

Výsledky modelů se shodují s teorií, kdy se ve všech třech modelech dle koeficientů β potvrdila negativní závislost příjmů ZP na nezaměstnanosti a zároveň pozitivní závislost příjmů ZP na průměrné mzdě.

Nominální průměrná hrubá měsíční mzda není přímo ovlivnitelná skrze hospodářskou politiku, jinými slovy nelze ji nastavit jako např. minimální mzdu. Její výše je determinována mnoha faktory a jedním z nich je i hospodářský růst respektive pokles v zemi. Vliv hospodářské recese či konjunktury na výši průměrné hrubé měsíční mzdy, je odlišný v rámci jednotlivých odvětví.

ČSÚ (2012) uvádí, že dopady recese v ekonomice mohou být různé a někdy i protichůdné, podniky mohou v hospodářské recesi upravit pracovní dobu (např. čtyři dny v týdnu) a pátý den vyplácet náhradu mzdy (např. 50 %), tím dojde ke snížení průměrné měsíční mzdy. Druhý případ chování firem v ekonomické recesi je rozsáhlé propouštění nejméně kvalifikovaných zaměstnanců se mzdou nižší, než je průměrná mzda, tím naopak dochází k nárůstu celkové průměrné mzdy. Dopad ekonomické recese na výši průměrné mzdy pak záleží na tom, který z uvedených způsobů pro snížení mzdových nákladů převáží.

Mzdy rovněž souvisí s nezaměstnaností, pokud se nezaměstnanost zvyšuje, může dojít k poklesu mezd v ekonomice a to z důvodů vysokého počtu uchazečů o zaměstnání, kdy si zaměstnavatelé mohou dovolit nabízet nižší mzdy, což se může odrazit ve snížení průměrné mzdy.

Na základě výsledků druhého modelu, ve kterém jsou vysvětleny příjmy pomocí míry nezaměstnanosti, jsou vypočteny možné dopady na financování systému veřejného zdravotního pojištění. Po dosazení konkrétních hodnot (příjmy ZP v roce 2012 představovaly 229 733 000 000 Kč, při míře registrované nezaměstnanosti 9,36 %) do rovnice 4.5 dostaneme následující rovnici:

$$\Delta \ln(\widehat{\text{Příjmy ZP}}) = 0,056 + (-0,123 \cdot 0,112987) \quad (4.7),$$

výsledkem je změna v příjmech ZP (diference logaritmu příjmů ZP), tato hodnota je 0,042103. Nyní je zapotřebí zjistit absolutní hodnotu příjmů po změně registrované míry nezaměstnanosti o jeden procentní bod.

Pokud by se tedy nezaměstnanost snížila o 1 p. b. na 8,36 % budou příjmy na úrovni 239 611 863 989 Kč (změna o 9,8 mld. Kč) za jinak neměnných podmínek. Jistý nesoulad s učiněnou teorií značí fakt, že při snížení míry nezaměstnanosti o více procentních bodů se pozitivní změna příjmů snižuje. V prvním modelu, ve kterém jsou příjmy vysvětleny pomocí nezaměstnanosti a zároveň průměrné hrubé měsíční mzdy, jsou výsledné hodnoty podstatně nižší, při snížení nezaměstnanosti o jeden procentní bod (při neměnné průměrné mzdě) se příjmy ZP zvýší zhruba o 1 mld. Kč (na úroveň 230819486302 Kč). Je očekávána negativní závislost, avšak dle výsledku modelu tato negativní závislost není až tak jednoznačná.

Dle teorie by se měly příjmy ZP zvýšit při snížení míry registrované nezaměstnanosti v ČR. Snížení nezaměstnanosti z 9,36 % na 8,36 % (diference logaritmu této změny) má kladnou hodnotu (0,112987), ale násobí se záporným koeficientem β_1 (-0,123), celkově tudíž vychází záporná hodnota (při pozitivní změně na trhu práce). Podstatný vliv na celkový výsledek má ale konstanta v rovnici (0,056). Negativní změna příjmů ZP (na pozitivní změnu nezaměstnanosti) se projeví až tehdy, když změna nezaměstnanosti bude převažovat nad konstantou (uvedené výpočty se shoduje s teorií – převažuje konstanta).

Pokud by se míra nezaměstnanosti nezměnila, dle prvního i druhého modelu by se i tak příjmy zvyšovaly, to je v souladu s teorií i s výsledky modelu. Příjmy mají i jiné determinanty, což potvrzuje i hodnota koeficientu determinace (v modelech chybí další vysvětlující proměnná, první model vysvětluje příjmy z 57,1 % a druhý model z 34,3%).

4.4 Dílčí shrnutí

Na základě analýzy příjmů systému veřejného zdravotního pojištění lze uvažovat několik možností jak zvýšit příjmy a tím snížit deficit zdravotního pojištění. Navýšení sazby pro výpočet odvodů pojistného se nejeví jako vhodné řešení, sazba je už tak nepřiměřeně vysoká zejména pro ekonomicky aktivní obyvatelstvo,

kteří představuje největší podíl na příjmech systému zdravotního pojištění. Z tohoto důvodu je nutné hledat jiná východiska. Platba za státní pojištěnce by se měla každoročně navyšovat, avšak od roku 2010 až do roku 2013 se tak nestalo, což mělo negativní vliv na příjmy systému zdravotního pojištění. Platba za státní pojištěnce je rovněž velmi důležitá a to díky počtu osob v České republice, kteří do této skupiny plátců náleží (6,1 mil. osob). Jako další výrazný nedostatek financování zdravotní péče v České republice je možné označit velmi nízkou spoluúčasť pacientů, kdy podíl soukromých zdrojů na financování zdravotní péče je jeden z nejnižších v EU (v roce 2012 je ČR na čtvrtém místě za Nizozemím, Dánskem a Lucemburskem). Naopak by se neměly zvyšovat výdaje na zdravotnictví z veřejných rozpočtů.

Z provedené regresní analýzy vyplývá následující závěr. Pokud bude prováděna kvalitní hospodářská politika, která zajistí zvyšování ekonomického růstu země, který se mimo jiné promítá v nízké míře nezaměstnanosti, nebude nutné navyšovat příjmy systému zdravotního pojištění. Model, z něhož tento závěr plyne, má ale několik nedostatků, které je nezbytné zohlednit, protože jimi mohou být ovlivněny výsledné hodnoty. Je to zejména nízký počet pozorování, a také změna dat na difference logaritmů, jež částečně ovlivnily interpretaci výsledků. Je očekávána negativní závislost příjmu systému zdravotního pojištění na změny míry registrované nezaměstnanosti, avšak negativní závislost dle modelu není až tak jednoznačná, což může mít původ právě ve výše zmíněných nedostacích modelu.

Je důležité provádět změny v systému financování zdravotního pojištění, tak aby byla zachována všeobecná dostupnost zdravotnických služeb.

5 Závěr

Existuje mnoho postojů k pojetí financování zdravotnictví a to zejména díky faktu, že výdaje na zdravotnictví představují stále větší podíl HDP a rovněž rostou neúměrně k ekonomickým možnostem vyspělých zemí. Rozsah zdravotní politiky je určen názory na podstatu a funkce státu ve společnosti, díky těmto skutečnostem existují v rámci jednotlivých zemí různé přístupy k financování zdravotnictví.

Zdraví občanů bezesporu přináší ekonomické výhody zemím, jež jsou pak ekonomicky více produktivní. Proto je důležité hledat takový systém financování zdravotní péče, ve kterém bude dostatek finančních zdrojů, které budou využívány co nejefektivněji. Schopnost země zajistit tyto potřebné finanční zdroje závisí zejména na třech faktorech, a sice dostupnosti financí, která je dána úrovní národního důchodu per capita, dále úrovní politického a veřejného závazku ke zdraví (ochota vlády investovat do zdraví v porovnání s ostatními rezorty, ochota obyvatel platit za udržování svého zdraví) a také na solidaritě bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se staršími atd. Zároveň je důležité uvědomění, že objem finančních prostředků vynaložených na zdravotnictví nezaručuje jistou existenci lepšího zdravotního stavu. Neplatí tedy kauzalita, čím více finančních prostředků, tím lepší zdravotní stav obyvatelstva.

Cílem této diplomové práce je zhodnotit financování systému veřejného zdravotního pojištění v České republice a navrhnout možná opatření ke snížení či zamezení zvyšování deficitu systému veřejného zdravotního pojištění.

Hospodaření systému zdravotního pojištění a celková struktura financování zdravotní péče v České republice je sledována za období od roku 2000 do roku 2012. Hlavním pilířem financování zdravotní péče v České republice je veřejné zdravotní pojištění. Jako jeden z největších nedostatků na trhu se zdravotním pojištěním lze označit neexistenci konkurenčního prostředí mezi pojišťovnami v pravém slova smyslu (pojišťovny dostávají přerozdělené pojistné na základě počtu klientů, který až tak nemůžou ovlivnit), konkurenční prostředí mezi pojišťovnami by zajistilo větší efektivnost systému zdravotního pojištění. V České republice mají největší podíl na výdajích, členěných dle zdroje financování zdravotní péče, právě zdravotní pojišťovny. Podíl domácností na financování zdravotní péče ve sledovaném období

stále roste, avšak ve srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie patří Česká republika k zemím, které mají spoluúčast pacientů nejnižší. V tomto ohledu je zapotřebí změn, zvyšování spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče je nevyhnutelné, ne jenom proto, že se tím navýší příjmy do systému zdravotního pojištění, ale také to ovlivní poptávku po zdravotní péči a zvýší odpovědnost pacientů ke svému zdravotnímu stavu.

Co se týče objemu výdajů na zdravotnictví v poměru k HDP, patří Česká republika pod průměr Evropské unie i zemí OECD. Výrazně zaostává zejména v oblasti soukromých zdrojů a zároveň má jeden z největších podílů veřejných zdrojů na financování zdravotnictví. Opatření ke snížení deficitu lze uvažovat jak na straně příjmů, tak na straně výdajů, v práci je provedena detailnější analýza pouze z hlediska příjmů a to z důvodu lepší uchopitelnosti v rámci dosažených teoretických poznatků. Podrobná analýza z hlediska výdajů by byla méně srozumitelná, neboť efektivitu, důležitost a výši jednotlivých výdajů lze těžko posoudit bez znalostí z oblasti lékařství. Lze konstatovat, že očekávaný budoucí vývoj výdajů na zdravotní péči vzhledem ke stárnutí populace a současně snižování počtu ekonomicky aktivních lidí v příštích letech bude stále rostoucí (naopak příjmy díky těmto skutečnostem budou klesat). Deficit systému veřejného zdravotního pojištění se tvoří od roku 2009.

Pro snížení deficitu systému zdravotního pojištění z hlediska příjmů lze uvažovat dvě možnosti, a sice navýšení pojistného pro plátce veřejného zdravotního pojištění a druhou možnost, pro stabilizaci zdravotního systému, je provádění kvalitní hospodářské politiky, tzn. bez potřeby navýšování odvodů na veřejné zdravotní pojištění.

Plošné navýšení sazby pro odvod pojistného je zhodnoceno jako nevhodné a to z důvodu, že tato sazba je už v současné době nepřiměřeně vysoká, zejména pro ekonomicky aktivní obyvatele, proto je dále věnována pozornost jednotlivým skupinám plátců a možnosti navýšení vyměřovacích základů. Sazba pro odvod zdravotního pojištění je po celé období nezměněna, mění se pouze vyměřovací základy, ze kterých se pak pojistné počítá.

Platba pojistného za státní pojištěnce představuje jednu z nejdůležitějších položek z hlediska příjmů a to díky skutečnosti, že tato skupina pojištěnců tvoří v roce 2012 více než polovinu všech plátců zdravotního pojištění, konkrétně 6,1 mil. osob,

za které platí pojistné stát. Tato platba se neměnila po dobu necelých čtyř let (od roku 2010 až do listopadu roku 2013). Je důležité, aby se tato platba pravidelně zvyšovala, ale zároveň zvyšuje-li se platba za státní pojištěnce, zvýší to sice příjmy do systému veřejného zdravotního pojištění, ale také jsou zvýšeny nároky na výdaje ze státního rozpočtu, pokud se tak stane, aniž se zvýší příjmy do státního rozpočtu, dojde k navýšení deficitu veřejných financí.

Výše zmíněné možnosti pro navýšení odvodů na zdravotní pojištění mají svá negativa a není jisté, zda by se příjmy do systému opravdu zvýšily nebo by zvýšení odvodů znamenalo naopak pokles příjmů (to neplatí pro platby za státní pojištěnce). Proto je nutné v oblasti veřejných zdrojů hledat nové typy příjmů jako je např. povinné úrazové pojištění, nominální pojistné nebo zvýšení finančních zdrojů od krajů a obcí. Další možnost navýšení příjmů systému veřejného zdravotního pojištění může být odvod části spotřební daně z tabáku na zdravotnictví, čímž by klesly příjmy do státního rozpočtu.

Příjmy systému veřejného zdravotního pojištění jsou závislé na ekonomické situaci v zemi, jinými slovy možnosti meziročního růstu celkových výdajů na zdravotní péči jsou determinovány meziročním růstem HDP. Pokud tedy výdaje na zdravotnictví rostou rychleji, než meziroční tempo růstu HDP může to utlumit jiné příležitosti v ekonomice, a rovněž může docházet právě k nesouladu mezi příjmy a výdaji (tvorbě deficitu), jako tomu je v případě České republiky.

Kvalitně prováděna hospodářská politika, která by zajistila nízkou míru nezaměstnanosti, je další možností jak zvýšit příjmy systému zdravotního pojištění a zamezit tvorbě deficitu. V práci je na základě regresní analýzy prokázán vliv míry nezaměstnanosti a průměrné měsíční nominální mzdy na příjmy systému zdravotního pojištění. Průměrná nominální hrubá měsíční mzda není přímo ovlivnitelná skrze hospodářskou politiku, jinými slovy nelze ji nastavit jako např. minimální mzdu, její výše je determinována mnoha faktory. Nezaměstnanost lze skrze kvalitně prováděnou hospodářskou politiku do jisté míry ovlivnit. Při snížení míry nezaměstnanosti o jeden procentní bod, dojde ke zvýšení příjmů zdravotního pojištění o 9,8 mld. Kč. Je důležité poznamenat, že příjmy zdravotního pojištění by se dle modelu zvyšovaly, i kdyby se míra nezaměstnanosti neměnila (příjmy mají i jiné determinanty), jako

nedostatek výpočtu lze označit nízký počet pozorování, který také ovlivňuje výsledky modelu.

Deficit systému veřejného zdravotního pojištění lze tedy snížit skrze navýšení platby za pojištěnce, za které platí pojistné stát, dále navýšením spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče, prováděním kvalitní hospodářské politiky a zajištěním nízké míry nezaměstnanosti, naopak jako nevhodné se jeví zvyšovat sazbu pro odvod zdravotního pojištění.

Změna na straně příjmů systému veřejného zdravotního pojištění je nezbytná a může přispět k řešení deficitu, ale jak již bylo zmíněno, zvýšení příjmů má mnoho negativních důsledků, jejichž dopady na ekonomiku by bylo vhodné blíže posoudit. K celkovému zvýšení efektivnosti a transparentnosti financování zdravotní péče je klíčová i změna z hlediska výdajů systému zdravotního pojištění, jež jsou v práci řešeny pouze okrajově. Problematika výdajů systému veřejného zdravotního pojištění by mohla být předmětem k dalšímu zkoumání financování zdravotního systému v České republice.

Seznam použité literatury

BARTÁK, Miroslav, 2012. *Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer.

BARTÁK, Miroslav, 2010. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer.

BODLÁKOVÁ, Linda, 2002. *Národní účty zdraví*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.

CMU, 2014a [CENTRUM MEZISTÁTNÍCH ÚHRAD]. *Důležité dokumenty a právní předpisy* [online]. [cit. 15. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/cs/dulezitedokumenty>.

CMU, 2014b. *O Centru mezistátních úhrad* [online]. [cit. 15. 2. 2014]. Dostupné z: http://www.cmu.cz/cs/onas/role_cmu.

ČSÚ, 2014a [ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD]. *HDP výdajovou metodou (běžné ceny)* [online]. [cit. 23. 2. 2014]. Dostupné z: http://apl.czso.cz/pll/rocenka/rocenkavyber.makroek_vydaj.

ČSÚ, 2014b. *HDP výdajovou metodou (objemové indexy, SOPR=100)* [online]. [cit. 23. 2. 2014]. Dostupné z: http://apl.czso.cz/pll/rocenka/rocenkavyber.makroek_vydaj.

ČSÚ, 2014c. *Veřejná databáze. Indexy spotřebitelských cen (ročně)* [online]. [cit. 28. 2. 2014]. Dostupné z: http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?voa=tabulka&cislotab=CEN1112CU&vo=tabulka&kapitola_id=30.

ČSÚ, 2014d. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2012* [online]. [cit. 28. 3. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AD8/\\$File/330613k2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AD8/$File/330613k2.pdf).

ČSÚ, 2014e. *Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven 4. čtvrtletí 2012 a rok 2012* [online]. [cit. 2. 4. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/3400406A33/\\$File/950112q402.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/3400406A33/$File/950112q402.pdf).

ČSÚ, 2014f. *Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven 4. čtvrtletí 2010 a rok 2010* [online]. [cit. 2. 4. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/730041EEC6/\\$File/950110q402.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/730041EEC6/$File/950110q402.pdf).

ČSÚ, 2014g. *Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven 4. čtvrtletí 2008 a rok 2008* [online]. [cit. 2. 4. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/9F002A6B45/\\$File/950108q402.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/9F002A6B45/$File/950108q402.pdf).

ČSÚ, 2014h. *Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven 4. čtvrtletí 2006 a rok 2006* [online]. [cit. 2. 4. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/B2004603A6/\\$File/950106q402.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/B2004603A6/$File/950106q402.pdf).

- ČSÚ, 2014ch. *Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven 4. čtvrtletí 2004 a rok 2004* [online]. [cit. 2. 4. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/D9002E87B7/\\$File/9501q402.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/D9002E87B7/$File/9501q402.pdf).
- ČSÚ, 2014i. *Metainformace k ukazateli - míra registrované nezaměstnanosti* [online]. [cit. 3. 4. 2014]. Dostupné z: http://vdb.czso.cz/vdbvo/mi/mi_ukazatel.jsp?kodukaz=5805&kodjaz=203&app=vdb.
- ČSÚ, 2013a. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2011* [online]. [cit. 28. 1. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2ADE/\\$File/330613k1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2ADE/$File/330613k1.pdf).
- ČSÚ, 2013b. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2011* [online]. [cit. 30. 1. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AEE/\\$File/330613t1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AEE/$File/330613t1.pdf).
- ČSÚ, 2013c. *Analýza výdajů na zdravotnictví* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AD8/\\$File/330613k2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AD8/$File/330613k2.pdf).
- ČSÚ, 2013d. *Statistická ročenka České republiky 2013* [online]. [cit. 23. 2. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/0E0024195B/\\$File/0001130401.xls](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/0E0024195B/$File/0001130401.xls).
- ČSÚ, 2013e. *Míra registrované nezaměstnanosti v ČR (stav k 31. 12.)* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/dyngrafy.nsf/graf/cr_od_roku_1989_nezamestnanost_.
- ČSÚ, 2013f. *Počet zaměstnanců a mzdy od roku 1995* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabdetail.jsp?cislotab=PRA1040CU&kapitola_id=3&null.
- ČSÚ, 2013g. *Počet zaměstnanců* [online]. [cit. 10. 4. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/3D00259CA6/\\$File/w-310612q4p1a.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/3D00259CA6/$File/w-310612q4p1a.pdf).
- ČSÚ, 2012. *Analýza vývoje průměrných mezd zaměstnanců* [online]. [cit. 11. 4. 2014]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/cpmz060509_analyza09.doc.
- DOLANSKÝ, Hynek, 2008. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava: Slezská univerzita v Opavě.
- DURDISOVÁ, Jaroslava, 2005a. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica.
- DURDISOVÁ, Jaroslava, 2005b. *Sociální politika v ekonomické praxi*. Praha: Oeconomica.
- FOLLAND S., A. C. GOODMAN a M. STANO, 2013. *The Economics of Health and Health Care*. 7th ed. Harlow: Pearson Education.
- HANČLOVÁ, Jana, 2012. *Ekonometrické modelování: klasické přístupy s aplikacemi*. Praha: Professional Publishing.

HÁVA, Petr, 2010. *Financování zdravotní péče*. Přednášky k předmětu Zdravotní politika. Fakulta sociálních věd Univerzita Karlova v Praze: Katedra veřejné a sociální politiky.

HÁVA, Petr, 2001. Financování zdravotnictví v ČR. *Zdravotní politika a ekonomika*. Roč. 1, č. 2, s. 152. ISSN 1213-8096.

JUREČKA, Václav a kol., 2010. *Mikroekonomie*. Praha: Grada Publishing.

KREBS, Vojtěch, 2010. *Sociální politika*. 5.vyd. Praha: Wolters Kluwer.

LOK, 2014 [LÉKAŘSKÝ ODBOROVÝ KLUB]. *Analýza českého zdravotnictví* [online]. [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.lok-scl.cz/images/tinymce/files/DOKUMENTY_zakladni/analyza_lok_310810.pdf>.

MAAYTOVÁ, Alena, 2012. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer.

MPSV, 2014 [MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ]. *Vývoj minimální mzdy od jejího zavedení v roce 1991* [online]. [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/871>>.

MZČR, 2014a [MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY]. *Zdravotní pojišťovny* [online]. [cit. 15. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html>.

MZČR, 2014b. *Platná legislativa - zdravotní pojištění* [online]. [cit. 20. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/zdravotni-pojisteni_1791_11.html>.

MZČR, 2012. *Změny počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven mezi 1. 1. 2010 a 1. 1. 2012 po krajích* [online]. [cit. 5. 2. 2014]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112010-a-1_6183_1.html>.

MZČR, 2009. *Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných* [online]. [cit. 24. 3. 2014]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=8340&typ=application/msword&nazev=TZ_MZ_regulacni_poplatky_v_roce_2008.doc>.

OECD, 2014 [ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT]. *Total expenditure HF.1-HF.3 % gross domestic product* [online]. [cit. 27. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>>.

OECD, 2012. *Health at a Glance: Europe 2012* [online]. [cit. 29. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>>.

OECD, 2011. *A System of Health Accounts* [online]. [cit. 4. 2. 2014]. Dostupné z: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF>.

OECD, 2004. *Towards High-Performing Health Systems* [online]. [cit. 29. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=13176>>.

PSP ČR, 2013a [POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY]. *Návrh státního závěrečného účtu ČR za rok 2012* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=1010&CT1=0>>.

PSP ČR, 2013b. *Výroční zprávy a účetní závěrky zdravotních pojišťoven za rok 2012* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=90132>>.

PSP ČR, 2011. *Návrh státního závěrečného účtu ČR za rok 2010* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=332&CT1=0>>.

PSP ČR, 2010. *Návrh státního závěrečného účtu ČR za rok 2009* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=1&CT1=0>>.

PSP ČR, 2009. *Návrh státního závěrečného účtu ČR za rok 2008* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=816&CT1=0>>.

PSP ČR, 2008. *Návrh státního závěrečného účtu ČR za rok 2007* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=500&CT1=0>>.

PSP ČR, 2007. *Návrh státního závěrečného účtu ČR za rok 2006* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=198&CT1=0>>.

PSP ČR, 2006. *Návrh státního závěrečného účtu ČR za rok 2005* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=1&CT1=0>>.

PSP ČR, 2005. *Návrh státního závěrečného účtu ČR za rok 2004* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=4&CT=966&CT1=0>>.

PSP ČR, 2004. *Návrh státního závěrečného účtu ČR za rok 2003* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=4&CT=651&CT1=0>>.

ŠATERA Karel, 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 2. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

UBC, 2014 [THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA]. *Centre for health services and policy research. Robert G. Evans*. [online]. [cit. 26. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.chspr.ubc.ca/faculty/robert-g-evans>>.

ÚZIS, 2013a [ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR]. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekin2012.pdf>>.

- ÚZIS, 2013b. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2011.pdf>>.
- ÚZIS, 2013c. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2010.pdf>>.
- ÚZIS, 2013d. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2009.pdf>>.
- ÚZIS, 2013e. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2008.pdf>>.
- ÚZIS, 2013f. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2007.pdf>>.
- ÚZIS, 2013g. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2006* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2006.pdf>>.
- ÚZIS, 2013h. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2005.pdf>>.
- ÚZIS, 2013ch. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2004.pdf>>.
- ÚZIS, 2013i. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2003* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2003.pdf>>.
- ÚZIS, 2013j. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2002* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2002.pdf>>.
- ÚZIS, 2013k. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2001.pdf>>.
- ÚZIS, 2005. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2005* [online]. [cit. 10. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/system/files/zdrnarekon2005.pdf>>.
- VLÁDA ČR, 2014. *Důvodová zpráva* [online]. [cit. 8. 4. 2014]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/kpl-detail?p_p_id=material_WAR_odokkpl&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_resource_id=downloadAttachment&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=3&_material_WAR_odokkpl_attachmentPid=RACK9HLCIE>.
- VLÁDA ČR, 2014. *Premiér: Zdravotnictví pomůže odbornost, ne populismus* [online]. [cit. 10. 4. 2014]. Dostupné z: <<http://www.vlada.cz/cz/ppov/ekonomicka-rada/aktualne/premier-zdravotnictvi-pomuze-odbornost--ne-populismus-86029/>>.
- VZP ČR, 2014a [VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY]. *Účel zdravotního pojištění* [online]. [cit. 28. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/1-2-ucel-zdravotniho-pojisteni>>.

VZP ČR, 2014b. *Prerozdělování pojistného* [online]. [cit. 3. 3. 2014]. Dostupné z: <<https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerозdelovani-pojistneho>>.

VZP ČR, 2014c. *Regulační poplatky* [online]. [cit. 23. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://morsky-konik.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky>>.

VZP ČR, 2014d. *OSVČ – minimální výše záloh* [online]. [cit. 23. 3. 2014]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/osvc/osvc-minimalni-vyse-zaloh>>.

VZP ČR, 2013a. *Výroční zpráva 2013* [online]. [cit. 28. 2. 2014]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/uploads/document/vyrocní-zprava-2012.pdf>>.

VZP ČR, 2013b. *Vyměřovací základ* [online]. [cit. 20. 2. 2014]. Dostupné z: <<https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/vymerovaci-zaklad-stat>>.

VZP ČR, 2013c. *Nominální pojistné zvýší konkurenceschopnost ZP* [online]. [cit. 10. 4. 2014]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/nominalni-pojistne-zvysi-konkurenceschopnost-zp>>.

WHO, 2010 [WORLD HEALTH ORGANIZATION]. *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage* [online]. [cit. 23. 1. 2014]. Dostupné z: <<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>>.

WHO, 2002. *Funding health care: options for Europe* [online]. [cit. 26. 1. 2014]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf>.

Zákon č. 500 ze dne 27. prosince 2012 změně daňových, pojistných a dalších zákonů v souvislosti se snižováním schodků veřejných rozpočtů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 187, s. 6586-6600. Dostupný také z: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6329>>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 261 ze dne 19. září 2007, o stabilizaci veřejných rozpočtů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007, částka 85, s. 3154-3264. Dostupný také z: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5176>>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 274 ze dne 7. srpna 2003, kterým se mění některé zákony na úseku ochrany veřejného zdraví. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 92, s. 4487-4518. Dostupný také z: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4176>>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1186-1264. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 592 ze dne 20. listopadu 1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 119, s. 3558-3565. Dostupný také z:

<<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2642>>.
ISSN 1211-1244.

Zákon č. 280 ze dne 28. dubna 1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 58, s. 1579-1582. Dostupný také z: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2581>>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 551 ze dne 6. prosince 1991 o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 104, s. 2728-2732. Dostupný také z: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2516>>. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 20 ze dne 17. března 1966 o péči o zdraví lidu. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1966, částka 7, s. 74-91. Dostupný také z: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=1397>>. ISSN 1211-1244.

Seznam zkratek

CEM	Centrum mezistátních úhrad
CPI	Index spotřebitelských cen
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
EHS	Evropské hospodářské společenství
EU	Evropská unie
HC	Health Care Functions
HDP	Hrubý domácí produkt
HF	Health Care Sources of Funding
HP	Health Care Providers
ICHA	International Classification for Health Accounts
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NHA	National Health accounts
OECD	Organization for Economics Co-operation and Development
OSP	Ostatní soukromé pojištění
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
PZT	Prostředky zdravotnické techniky
RBP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
SHA	System of Health Accounts
SR	Státní rozpočet
SNÚ	Systém národních účtů
USA	United States of America
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
VZ	Vyměřovací základ pro výpočet výše pojistného
VZP	Veřejná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization
ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění
ZP	Zdravotní pojištění
ZP M-A	Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE
ZP MV ČR	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

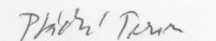
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 25. dubna 2014


Bc. Tereza Ptáčková

Seznam příloh

Příloha č. 1 Seznam tabulek a grafů.....	I
Příloha č. 2 Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů – zdroj financování	II
Příloha č. 3 Podíl pojišťoven na celkovém počtu pojištěnců k 1. 1. 20.....	II
Příloha č. 4 Celkové výdaje na zdravotnictví v mil. Kč dle zdrojů financování.....	III
Příloha č. 5 Podíl zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví (v %)	IV
Příloha č. 6 Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele (v Kč)	V
Příloha č. 7 Vztah mezi výdaji na zdravotnictví a HDP v běžných cenách	V
Příloha č. 8 Tempo růstu výdajů na zdravotnictví a HDP oproti předchozímu roku (v %).VI	
Příloha č. 9 Vývoj hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění (mil. Kč)	VII
Příloha č. 10 Přehled pojištěnců, za které je plátcem zdravotního pojištění stát	VIII
Příloha č. 11 Vývoj minimální mzdy a vyměřovacího základu pro pojištěnce, za které je plátce pojistného stát	IX
Příloha č. 12 Výdaje na zdravotnictví podle typu poskytovatele (v mil. Kč).....	X
Příloha č. 13 Podíl jednotlivých typů poskytovatelů na celkových výdajích (%)	XI
Příloha č. 14 Příjmy zdravotních pojišťoven od jednotlivých plátců.....	XI
Příloha č. 15 Vliv Průměrné mzdy a míry registrované nezaměstnanosti na příjmy systému veřejného zdravotního pojištění.....	XII
Příloha č. 16 Diference logaritmů vstupních dat	XII